

Doit-on systématiquement pratiquer le massage périnéal pendant la période du prénatal ?

**Mémoire de fin d'études
Travail de Bachelor**

Soraya Kopp et Bérangère Tissot
N° de matricule : 10660314 et 10658144

Directrice : Chantal Razurel - Professeure HES filière sage-femme

Genève, Août 2015

Déclaration sur l'honneur

«Les prises de position, la rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que la responsabilité de ses auteur-e-s et en aucun cas celle de la Haute école de santé Genève, du Jury ou du Directeur ou Directrice de Travail de Bachelor.

Nous attestons avoir réalisé seul(e)s le présent travail, sans avoir utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la liste des références bibliographiques».

Le 5 août 2015,

Tissot Bérangère et Kopp Soraya

Résumé

Introduction : Les lésions périnéales suite à un accouchement peuvent engendrer beaucoup d'impacts néfastes sur la vie quotidienne des femmes. Il a été démontré que ces problèmes sont moins communs chez les femmes ayant un périnée intact suite à un accouchement. La prévention des lésions périnéales devrait être une priorité. Plusieurs moyens de prévention anténataux ou per-partum existent, dont la pratique du massage périnéal prénatal. Cependant, peu de femmes ont conscience de cette pratique.

Objectifs : Évaluer l'efficacité du massage périnéal anténatal sur les issues périnéales suite à un accouchement par voie basse, ainsi que l'investigation du vécu des femmes le pratiquant.

Méthode: Une revue de la littérature a été effectuée en incluant 7 articles publiés dans les 18 dernières années, sélectionnés sur différents moteurs de recherche: *Medline via Pubmed*, *Midirs*, *Cinahl* et *PsychINFO*. Cinq d'entre eux analysent les impacts physiques du massage périnéal anténatal et deux investiguent le vécu des femmes le pratiquant.

Résultats: La pratique du massage périnéal anténatal semble diminuer les taux de lésions périnéales et augmenter l'incidence de périnées intactes. Il en ressort que le massage périnéal anténatal a principalement un effet bénéfique sur les femmes primigestes et ce travail suggère un effet bénéfique plus prononcé chez les primigestes âgées de plus de 30 ans. Aucun effet n'a été démontré chez les femmes ayant déjà accouché, mais il est évoqué une éventuelle efficacité chez ces femmes avec un antécédent d'épisiotomie. La pratique du massage périnéal est généralement considérée comme étant acceptable.

Conclusion: Une sensibilisation et une éducation à cette méthode de prévention devraient être appliquées de manière plus rigoureuse. N'ayant montré aucun effet néfaste, le massage périnéal prénatal devrait être systématiquement proposé aux femmes concernées

Mots-clés: Massage, lésions, traumatismes, périnée, prévention, prénatal, vécu, acceptabilité.

Remerciements

À **Madame Chantal Razurel**, directrice de ce mémoire, pour son temps mis à notre disposition et ces précieux conseils qui nous ont permis de rédiger ce travail.

À **Madame Manuella Revel**, sage-femme experte de terrain, pour ses conseils, ses recommandations et pour le temps consacré à la lecture de ce travail.

À **Madame Françoise Roy Malis**, chargée d'enseignement à la Haute Ecole de Santé de Genève et jurée de ce Travail de Bachelor, pour le temps consacré à sa lecture.

À **Emilie Schaer et Tania Lurati**, collègues de volée et amies, pour leur soutien, leurs conseils et leurs recommandations.

À **Anne Tissot et Jean-Claude Tissot** pour le temps consacré à la relecture de ce travail ainsi que leur soutien.

Glossaire des abréviations

ATCD	Antécédent
AVB	Accouchement par voie basse
Cô	Contrôle
CS	Césarienne
MP	Massage périnéal
PI	Périnée intact
PN	Poids de naissance
PP	Post-partum
SA	Semaines d'aménorrhée
SF	Sage-femme
SG	Semaines de grossesse
Sp	Spontané

Table des matières

Déclaration sur l'honneur	2
Résumé	3
Remerciements	4
Glossaire des abréviations	5
Table des matières.....	6
1. Questionnement professionnel.....	9
2. Cadre de référence	11
2.1. La grossesse et l'accouchement.....	11
2.2. Le périnée	12
2.2.1. Anatomie et physiologie du périnée:	12
2.2.2. Fonctions du périnée:	14
2.3. Le périnée et la grossesse	15
2.4. Le périnée et l'accouchement	15
2.5. Les lésions périnéales périnatales et l'épisiotomie	17
2.5.1. Les différents types de déchirures périnéales:	17
2.5.2. L'épisiotomie:.....	18
2.5.3. Facteurs de risque des déchirures périnéales:.....	19
2.6. Les impacts physiques des lésions périnéales	19
2.6.1. Douleurs et dyspareunies:.....	19
2.6.2. Incontinences:	20
2.6.3. Dysfonctionnements sexuels:.....	21
2.7. La prévention	22
2.8. La prévention des lésions périnéales	23
2.9. Le massage périnéal.....	24
2.9.1. Technique du massage périnéal:	24
2.9.2. Les tabous en lien avec le massage périnéal:.....	25
2.9.3. Alternative avec Epi-No®:	25
2.10. Le rôle de la sage-femme et la problématique	26
2.11. Éthique	27
3. Méthodologie	28

3.1. Bases de données	28
3.2. Les mots-clés utilisés	28
3.3. Processus de recherche	29
3.3.1. <i>Utilisation de Medline via PubMed:</i>	29
3.3.2. <i>Utilisation de Cinhal:</i>	30
3.3.3. <i>Utilisation de Midirs et PsychINFO:</i>	30
3.4. Critères d'inclusion et d'exclusion	31
3.5. Limites de la recherche	31
3.6. Nombre d'articles sélectionnés	31
3.7. Articles retenus	32
4. Analyse descriptive:.....	34
4.1. Étude 1.....	39
4.2. Étude 2.....	41
4.3. Étude 3.....	44
4.4. Étude 4.....	46
4.5. Étude 5.....	48
4.6. Étude 6.....	50
4.7. Étude 7.....	53
5. Analyse critique des résultats.....	56
5.1. Les impacts du MP sur les lésions périnéales	56
5.1.1. <i>Incidence des périnées intacts :</i>	56
5.1.2. <i>Impacts du MP sur le degré et le type de déchirures périnéales:</i>	56
5.1.3. <i>Incidence des épisiotomies:</i>	58
5.2. Les impacts du MP sur les instrumentations	58
5.3. Facteurs influençant les impacts du MP sur les lésions périnéales et les instrumentations	59
5.4. Les impacts du MP sur la vie quotidienne de la femme en prénatal	60
5.4.1. <i>Acceptabilité:</i>	60
5.4.2. <i>Relation au partenaire et satisfaction sexuelle:</i>	60
5.5. Les impacts de l'observance sur la pratique du massage périnéal	61
5.6. Les impacts du MP sur la vie quotidienne de la femme au post-partum	61
5.6.1. <i>Douleurs périnéales, dyspareunies et reprise des rapports sexuels:</i>	61
5.6.2. <i>Incontinences urinaires:</i>	62
6. Discussion	63
6.1. L'incidence des périnées intacts et des déchirures périnéales.....	63
6.2. L'incidence de l'épisiotomie	64

6.3. L'incidence des instrumentations.....	65
6.4. Facteurs influençant les impacts du MP sur les lésions périnéales et les instrumentations.....	66
6.5. Acceptabilité.....	67
6.6. Les impacts de l'observance sur la pratique du MP	68
6.7. Relation au partenaire.....	69
6.8. Satisfaction sexuelle	69
6.9. L'impact du MP sur l'incidence des incontinences urinaires.....	71
6.10. Généralisation et transférabilité des résultats.....	71
6.11. Comment introduire de manière plus systématique la pratique du MP	72
7. Critique de la revue de littérature	75
7.1. Points forts.....	75
7.2. Points faibles.....	75
8. Conclusion	76
9. Bibliographie.....	78
10. Annexes	88

1. Questionnement professionnel

La naissance d'un enfant constitue un bouleversement important pour la femme aussi bien psychiquement que physiquement et le corps de la femme a une grande capacité d'adaptation et de modification pour permettre la naissance. La partie du corps de la femme particulièrement sollicitée dans ce processus, est le périnée. Particulièrement lors de l'accouchement par voie basse (AVB), il subit alors diverses modifications allant parfois jusqu'à des lésions importantes, qui peuvent avoir des impacts bio-psycho-sociaux à court et long terme chez l'accouchée. Lors de différents stages, nous avons observé que la plupart des femmes ayant accouché par voie basse présentent des lésions périnéales de différents degrés de sévérité. Ces traumatismes sont une problématique importante dans la période du post-partum (PP), et peuvent impliquer des complications maternelles conséquentes: incontinences urinaires et fécales, douleurs immédiates et persistantes, dyspareunies et faiblesse du plancher pelvien (Labrecque et al., 1999 ; Stamp, Kruzins & Crowther, 2001). Ce genre de problème est moins commun chez les femmes ayant un périnée intact (PI) (Klein et al., 1994).

Dans les hôpitaux suisses en 2004, 69'952 accouchements ont eu lieu. 60% d'entre eux se sont faits de manière spontanée, 8% ont nécessité une extraction instrumentale (ventouse ou forceps) et 29% de césariennes ont été recensées. Plus de 80% des AVB se sont déroulés de manière spontanée et 11,8% ont nécessité une instrumentation. Les déchirures périnéales ont été constatées dans 34,3% des AVB spontanés et 23,8% des accouchements instrumentés. Une épisiotomie a été pratiquée dans un quart des situations (Office Fédéral de la Statistique OFS, 2007).

L'accompagnement des femmes et des couples pendant la période périnatale est fondamental dans ce moment privilégié. Selon nos expériences professionnelles en stage, nous avons constaté que le rôle 5 des compétences sage-femme décrit par la HES-SO (Haute Ecole de Santé, 2012) – Rôle de promotrice de la santé (Health Advocate) – n'était pas réellement présent concernant la prévention du périnée. Effectivement, cette prévention est rarement abordée lors des consultations prénatales (informations orales ou écrites) ou lors des cours de préparation à la naissance (PAN). Il semble que la transmission des conseils de prévention périnéale est spécifique à chaque sage-femme et varie selon ses connaissances et expériences professionnelles ou personnelles.

Pourquoi cette thématique n'est-elle pas abordée systématiquement auprès des femmes enceintes? Et si effectuée, pourquoi de telles différences dans la prévention des

issues périnéales des professionnels de la santé? Il semble important de se questionner sur cette problématique.

Il existe un grand nombre de pratiques préventives anténatales et perpartum des issues périnéales citées ultérieurement. Les limites du travail de Bachelor nous contraignent à nous pencher sur une seule pratique préventive. Nous nous sommes demandé quelle est la méthode la plus accessible pour les femmes d'un point de vue utilitaire et économique. Le massage périnéal (MP) anténatal semble répondre à ces derniers critères énoncés, raison pour laquelle notre revue de littérature s'axe sur cette thématique.

Dans un premier temps, ce travail apportera des notions théoriques pour la compréhension générale du sujet, puis une partie plus analytique qui aboutira à une discussion des principaux résultats. Cette revue de littérature permettra d'enrichir notre future pratique professionnelle et d'offrir ainsi une prise en soins optimale.

2. Cadre de référence

2.1. La grossesse et l'accouchement

Selon Le Larousse médical, la grossesse est définie comme « l'ensemble des phénomènes se déroulant entre la fécondation et l'accouchement, durant lesquels l'embryon, puis le fœtus, se développe dans l'utérus maternel ... La grossesse dure en moyenne 9 mois, regroupés en 3 trimestres ... » (Wainsten, 2009, p. 420). La fin de la grossesse mène donc à l'accouchement qui est défini comme un « ensemble de phénomènes mécaniques et physiologiques aboutissant à l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors de l'utérus » (Wainsten, 2009, p. 5). L'AVB spontané se dit d'une expulsion qui se fait de manière naturelle. Le fœtus doit franchir trois obstacles : le col de l'utérus, le bassin osseux et le périnée dont sa traversée constitue l'expulsion (Riethmuller, Schaal & Maillet, 2010). Le périnée est décrit dans le chapitre qui suit.

Dans les hôpitaux Suisses en 2004, 69'952 accouchements ont eu lieu. 60% d'entre eux se sont fait de manière spontanée, 8% ont nécessité une extraction instrumentale (ventouse ou forceps) et 29% de césariennes ont été recensées. Plus de 80% des AVB se sont déroulés de manière spontanée et 11,8% ont nécessité une instrumentation. Le praticien fait recours à une instrumentation afin de favoriser un AVB lors de difficultés rencontrées. La ventouse et les forceps sont des outils qui aident à l'expulsion afin de raccourcir cette dernière phase de l'accouchement si une souffrance fœtale est suspectée ou si un défaut d'expulsion est diagnostiqué (Marpeau, 2010, p. 462-465). Ces manoeuvres, particulièrement l'utilisation des forceps, sont plus à risque de créer des lésions périnéales sévères (Christianson, Bovbjerg, Mc Davitt & Hullfish, 2013 ; Johanson & Menon, 1999).

La grossesse et l'AVB mettent à épreuve le périnée en engendrant des modifications voire des lésions de ce dernier, ce qui aura des impacts négatifs sur ses nombreuses fonctions essentielles qui seront décrites par la suite de ce travail. Les femmes ayant accouché par voie basse présentent souvent des lésions périnéales. Les nullipares (qui n'ont pas d'enfant), sont plus à risque de subir ces traumatismes lors de leur premier accouchement (Dran, 2010 ; Henderson & Bick, 2005 ; Labrecque et al., 1999). Connaître et mobiliser son périnée de manière adéquate est essentiel pour la grossesse et l'accouchement (Tonneau, Branger, Chauvin, Guermeur & Grall, 2005).

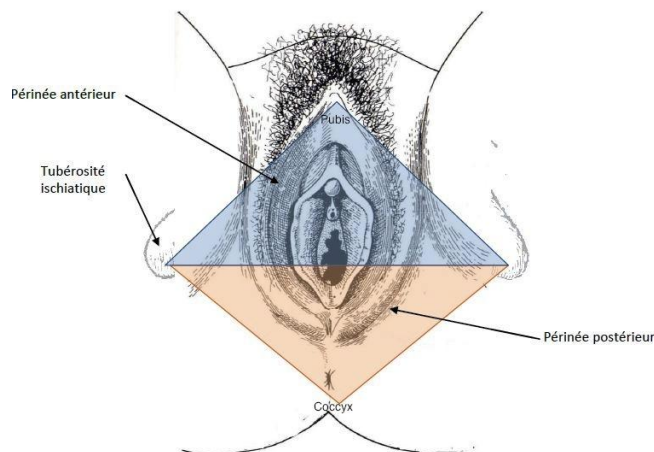
2.2. Le périnée

Le périnée se définit comme étant un “ensemble de parties molles” du petit bassin (Dran, 2010, p. 50). Il se situe dans la région la plus basse du tronc et s’attache au bassin, délimité par la symphyse, le coccyx et les ischions, assurant ainsi sa stabilité, mais également sa mobilité. Il est composé de divers tissus et muscles - surface cutanée, viscères, ligaments et aponévroses, nerfs, corps érectiles, vaisseaux et orifices urinaire, vaginal et rectal (Calais-Germain, 2006).

La majorité des femmes en France n’ont que très peu de connaissances concernant le périnée et l’anatomie génitale féminine (Tonneau et al., 2005).

2.2.1. Anatomie et physiologie du périnée:

Selon Calais-Germain (1996), le périnée est délimité par la symphyse pubienne, les branches ischio-pubiennes, le coccyx et les ligaments sacro-tubéraux. Cette structure forme le “losange du périnée” divisé en deux triangles. La ligne formée par les tubérosités ischiatiques, sépare le périnée antérieur (urètre et vagin) du périnée postérieur (figure 1). Alors que les deux branches ischio-pubiennes et la symphyse délimitent le périnée antérieur, les deux ischions et le coccyx délimitent le périnée postérieur (Dran, 2010).

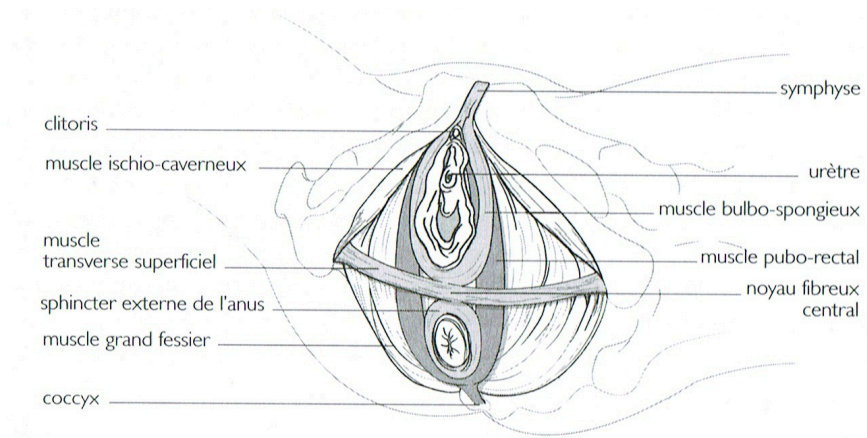


Tiré de: UVMaF, 2011

Figure 1

Le périnée peut être divisé en trois plans musculaires distincts: le plan superficiel, moyen et profond (Dran, 2010).

Le plan superficiel ou antérieur: également appelé “plancher pelvien”, est constitué de muscles fibreux et tendus: ischio-caverneux, bulbo-spongieux, transverses superficiels et pubo-rectal s’attachant au détroit inférieur (Dran, 2010). Ce plan est traversé par le vagin, l’urètre et contient les organes érectiles (clitoris), des pédicules vasculo-nerveux ainsi que les glandes de Bartholin et de Skène (Calais-Germain, 1996).



Le périnée superficiel et le pubo-rectal

Tiré de: De Gasquet, 2011

Figure 2

Le plan moyen: également appelé diaphragme uro-génital, se situe au niveau du plan antérieur. Il est constitué de deux muscles:

- Le muscle transverse profond en forme de triangle aplati qui s’insère sur l’ischion et se dirige transversalement vers le noyau fibreux central périnéal, zone de tissu fibro-conjonctif, important pour la résistance de l’ensemble musculaire.
- Le sphincter externe de l’urètre est composé par le muscle uréthro-vaginal et le compresseur de l’urètre qui entourent la partie basse de ce dernier (Dran, 2010).

Le plan profond: il est constitué de muscles larges et épais: pubo-rectal, pubo-vaginal, pubo-coccygien, ilio-coccygien et ischio-coccygiens qui s’insèrent sur les côtés du coccyx. Ils se situent dans les parois latérales des cavités vaginale et rectale, formant un hamac et constituant le diaphragme pelvien, plus proche des viscères. Cette concavité s’oppose au diaphragme (De Gasquet, 2011). Ces muscles profonds du périnée sont également appelés “releveurs de l’anus” (Henderson & Bick, 2005).

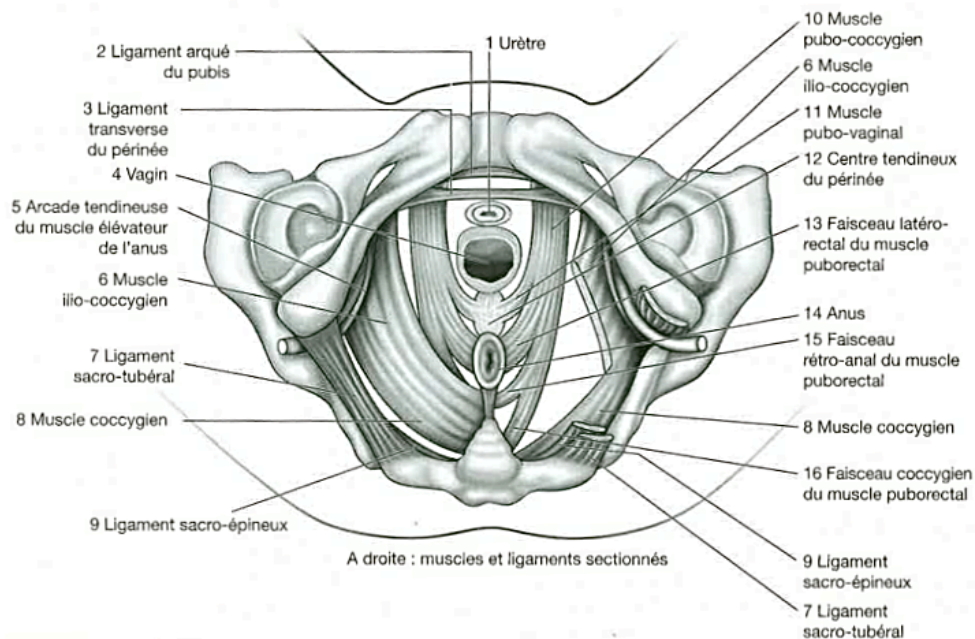


Figure 6.5. – Muscles éleveurs de l'anus (vue périnéale).

Tiré de Dran, 2010

Figure 3

Il en résulte que l'anatomie et la physiologie du périnée sont complexes, ce qui suggère des fonctions primordiales de celui-ci.

2.2.2. Fonctions du périnée:

Le périnée a plusieurs fonctions, dont le soutien des organes pelviens (vagin, utérus, vessie, rectum), le maintien de la continence et également l'évacuation du contenu des organes (miction et défécation). De plus, il permet d'avoir des rapports sexuels et d'accoucher (De Gasquet, 2011). La surface cutanée et la couche musculaire ferment l'excavation pelvienne. Ces rôles nécessitent de la souplesse, mais aussi de la force et de la résistance afin d'assurer le soutien avec fermeté et d'amortir les différentes pressions exercées sur le périnée (poids des viscères). Chaque plan périnéal joue un rôle essentiel dans le fonctionnement du périnée (Calais-Germain, 2006).

Le plan antérieur (superficiel) a un rôle important dans la sexualité étant très innervé, et a aussi un rôle de protection extérieure (cutanée). Il n'a donc aucune fonction de continence ou de soutien périnéal. Cependant, le muscle pubo-rectal, faisant partie du plan antérieur et postérieur, participe à la continence de part une contraction volontaire effectuée par la personne. C'est le muscle le plus mobile du périnée (De Gasquet, 2011).

Le plan moyen intervient à l'aide du muscle transverse dans la fonction d'expulsion, notamment lors de l'AVB et de la défécation. Il assure également la stabilité du bassin. C'est un muscle fibreux, peu mobile et peu élastique qui participe aux différents mouvements des ischions (De Gasquet, 2011).

Le plan profond participe également à la stabilisation du bassin de par la rigidité des muscles ischio-coccygiens, empêchant le mouvement. Les muscles ilio-coccygiens sont quant à eux plus mobiles et gonflent sous la contraction afin de limiter le vide dans la cavité vaginale, créant ainsi un diaphragme sous le col de l'utérus. Ils assurent le soutien des organes dans la position verticale (De Gasquet, 2011).

Il en ressort que le périnée intervient beaucoup dans le processus de l'accouchement, mais aussi durant la période de gestation. Dans les chapitres suivants, les modifications et l'accommodation périnéale durant la grossesse et l'AVB sont explicitées davantage.

2.3. Le périnée et la grossesse

Pendant la grossesse, le périnée va subir différentes modifications d'un point de vue mécanique et hormonal. D'une part, le périnée va amortir une accumulation importante de pressions en lien avec l'augmentation du volume et du poids de l'utérus gravide, la prise de poids, une hyperlordose et une constipation éventuelle. D'autre part, le changement hormonal qui se produit pendant la grossesse aura aussi un impact sur la tonicité du périnée. Effectivement, les hormones sécrétées pendant la grossesse vont diminuer le tonus périnéal (De Gasquet, 2009; De Gasquet, 2011). Cette imprégnation hormonale induit une laxité des ligaments du petit bassin, une hyper-vascularisation et une hypotonie musculaire périnéale, ce qui permet un étirement tissulaire plus important afin de faciliter l'AVB (Henderson & Bick, 2005; Perrin-Terrin, 1999). Cependant, ces modifications vont avoir un impact sur l'apparition d'incontinences urinaires d'efforts pendant la grossesse, qui s'accompagnent dans 50% du même problème dans la période du post-partum (Kunst, Cotellet & Pigné, 2013).

2.4. Le périnée et l'accouchement

La phase d'expulsion est une épreuve importante pour le périnée. Cette zone est alors le dernier passage à franchir. La descente de la tête foetale dans l'excavation pelvienne va induire un relâchement des releveurs externes de l'anus (Lansac, Marret & Oury, 2006). Selon Dran (2010), la forme et la tonicité des muscles périnéaux - muscles releveurs de l'anus - participent à la descente, à la rotation et à la flexion de la présentation

foetale. Lors de la deuxième phase du travail, la tête foetale exerce un appui important sur le périnée. La pression de la tête sur le plancher pelvien engendre des contractions utérines réflexes, définies comme le réflexe expulsif qui donne à la femme l'envie de pousser. La pression de la tête combinée aux contractions utérines permet l'ampliation (distension) du périnée, qui se fait en deux étapes. Dans un premier temps, l'ampliation se fait au niveau du périnée postérieur puis antérieur (Calais-Germain, 1996 ; Dran, 2010). L'ampliation du périnée doit se faire progressivement dans le but d'épargner le périnée d'éventuelles déchirures. L'ampliation du périnée antérieur étant limitée par ses attaches, la partie postérieure est plus libre, plus souple et permet une distension plus large. Cette distension des tissus ainsi que des muscles peut aussi amener à une elongation nerveuse de certains nerfs (pudendaux et rectaux) et donc à une lésion de ces derniers (Dran, 2010).

Le périnée peut subir divers traumatismes pendant l'AVB en lien avec différents facteurs, mais cela dépend principalement du déroulement de l'expulsion qui aura un impact sur l'efficacité de l'ampliation périnéale, l'apparition de déchirures ou d'effondrements périnéaux (Calais-Germain, 1996).

Lors d'un AVB, les releveurs perdent 50% de leur force musculaire. La récupération de ce tonus dépendra de l'état musculaire avant l'AVB. En effet, plus les muscles releveurs sont utilisés et travaillés avant l'accouchement, mieux sera la rééducation spontanée, car il est souvent plus difficile de prendre conscience pour la première fois de ces muscles affaiblis suite à un AVB. De ce fait, une prise de conscience périnéale au prénatal est une préparation à une éventuelle rééducation au PP (Cotelle, 2013).

Selon De Lancey (1994) et Zacharin (1983), le périnée est capable de retrouver sa fonction de support rapidement suite à un AVB. Cependant, des étirements prolongés, répétés ou extrêmes, des lésions du système musculaire et/ou nerveux périnéal peuvent causer des dommages importants, induisant une perte importante d'élasticité et de tonus périnéal, qui engendreront des morbidités importantes telles que des incontinences urinaires (Kettle, 2005, traduction libre, p. 28). Il est important de prendre connaissance dans un premier temps des lésions périnéales pouvant apparaître en perpartum, avant d'aborder plus en détail ces morbidités qui en découlent.

2.5. Les lésions périnéales périnatales et l'épisiotomie

Les lésions périnéales sont souvent présentes suite à un AVB. Elles sont sujettes à beaucoup de discussions depuis les années 1980. Elles peuvent être d'apparition spontanée suite à une expulsion vaginale, suite à la pratique d'une épisiotomie ou peuvent résulter de ces deux facteurs simultanés. L'accouchement instrumenté (ventouse ou forceps) est un grand facteur de risque pour des lésions périnéales sévères (Christianson et al., 2003 ; De Leeuw, Struijk, Vierhout & Wallenburg, 2001). Selon Johanson et Menon (2000), la ventouse engendre significativement moins de traumatismes périnéaux sévères que les forceps. D'autres facteurs de risque, que nous définirons par la suite de notre travail, ont été démontrés.

En Suisse, les déchirures périnéales ont été constatées dans 34,3% des AVB spontanés et 23,8% des accouchements instrumentés. Une épisiotomie a été pratiquée dans un quart des situations. Une épisiotomie est réalisée dans 36,7% des accouchements instrumentés (Office Fédéral de la Statistique OFS, 2007).

Les éléments anatomiques pouvant être abîmés lors d'un AVB sont les ligaments, les plans d'adhérence, l'urètre, les plans d'aponévrose, des muscles (en particulier le faisceau du pubo-rectal du releveur), le centre tendineux du périnée, et il peut se produire des lésions neurologiques telles qu'une elongation du nerf pudendal (Calais-Germain, 1996 ; Marpeau, 2010).

2.5.1. Les différents types de déchirures périnéales:

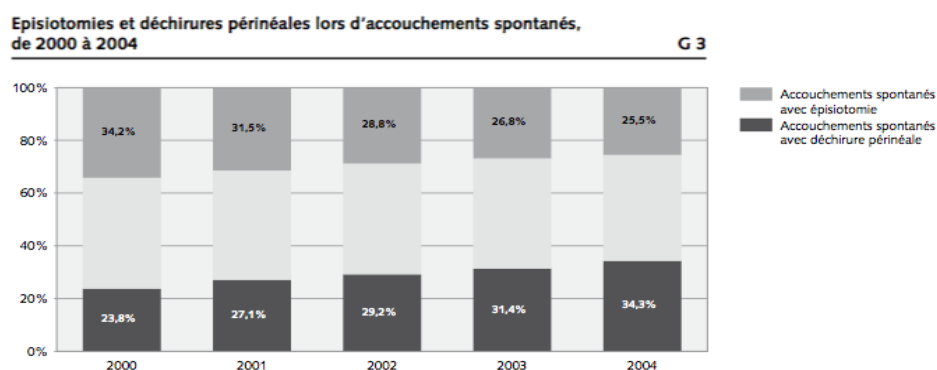
En se référant à la nomenclature anglo-saxonne qui est utilisée aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) et dans beaucoup d'autres établissements hospitaliers en Suisse, quatre degrés de déchirures périnéales sont distingués (Lansac, 2006, p. 458-459):

- Déchirure du premier degré (I): lésion cutanée périnéale, vulvaire ou de la muqueuse vaginale. Aucun muscle n'est atteint.
- Déchirure du deuxième degré (II): atteinte des muscles du plan superficiel du périnée, sans lésion du sphincter anal.
- Déchirure du troisième degré (III): lésion périnéale avec atteinte du sphincter anal.
 - 3a: moins de 50% du sphincter anal est atteint
 - 3b: plus de 50% du sphincter anal est atteint
 - 3c: atteinte complète du sphincter anal, mais la muqueuse anale est intacte.
- Déchirure du quatrième degré (IV): lésion périnéale avec rupture complète du sphincter ainsi que de la muqueuse anale.

Selon Lansac (2006), malgré le diagnostic de PI suite à un AVB, des lésions musculaires internes des releveurs peuvent passer inaperçues sous un plan cutané intact. Des examens complémentaires dans la période du PP démontrent que suite à un AVB avec une PI chez une primipare, 36% des femmes sont sujettes à avoir une lésion sphinctérienne.

2.5.2. L'épisiotomie:

Selon le Larousse Médical, l'épisiotomie est une "intervention chirurgicale qui consiste à sectionner la muqueuse vaginale et les muscles superficiels du périnée afin d'agrandir l'orifice de la vulve et de faciliter l'expulsion du fœtus lorsque l'accouchement le nécessite" (Wainsten, 2009, p. 333). L'issue périnéale de l'épisiotomie équivaut à une déchirure du deuxième degré (Labrecque et al., 1999). Dans les années 1920, la pratique de l'épisiotomie était routinière. Elle était préconisée pour prévenir les lésions périnéales (Delee, 1920 ; Pomeroy, 1918). Les recherches dans les années 1970 et 1980 démontrent clairement que l'épisiotomie ne protège pas le périnée des déchirures périnéales, au contraire, elle est associée à une augmentation du nombre et de la gravité des traumatismes périnéaux (Lede, Balizan & Carroli, 1996 ; Rockner, Wahlberg & Olund, 1989 ; Shiono, Klebanoff & Carey, 1990). Le taux d'épisiotomies a diminué, mais une augmentation des taux de déchirures périnéales de type I et II a été observée en parallèle (Kozak, DeFrances & Hall, 2006 ; Weeks & Kozak, 2001). En Suisse, le taux de déchirures périnéales est passé de 24% à 34% entre 2000 et 2004 (OFS, 2007) et le taux d'épisiotomie lors d'un AVB était de 26,8% en 2004. À ce jour, le taux d'épisiotomies dans les différents pays du monde varie entre 44% et 84% lors d'AVB (Viswanathan et al., 2005). Si l'épisiotomie est réalisée à temps, elle peut protéger le noyau fibreux central (Dran, 2010). Les recommandations sont unanimes et insistent sur la pratique de l'épisiotomie uniquement dans les situations avec une indication foetale ou maternelle. Cependant, la littérature reste vague concernant les indications à la réalisation d'une épisiotomie (Graham & Davies, 2005).



Tiré de : OFS, 2007.

Malgré l'éradication de l'épisiotomie préventive de routine, entre 51% et 77% des femmes ayant accouché nécessitent une suture suite à une lésion périnéale (Albers, Garcia, Renfrew, McCandlish & Elbourne, 1999 ; Mayerhofer et al., 2002 ; McCandlish et al., 1998). Les taux de lésions périnéales sont nettement plus élevés suite à un premier AVB (Albers et al., 1999).

2.5.3. Facteurs de risque des déchirures périnéales:

Les causes principales d'une faiblesse musculaire périnéale sont les suivantes: grossesse et AVB, travail prolongé et difficile, traumatisme périnéal, constipation chronique, mobilisation inadéquate engendrant d'importantes pressions abdominales, toux chronique, obésité, ménopause, manque d'activité physique et pas d'exercice régulier des muscles périnéaux (Kettle, 2005). Selon Lansac, Marret et Oury (2006), certains facteurs seraient associés aux déchirures périnéales sévères tels qu'un poids foetal supérieur à 4kg, une présentation occipito-postérieure, la nulliparité, un déclenchement du travail, l'utilisation d'analgésie péridurale, un travail prolongé, une instrumentation ainsi que l'épisiotomie.

Selon Koskas, Caillod, Fauconnier et Bader (2009), la pratique de l'épisiotomie augmente en cas d'instrumentation, de macrosomie (> 4kg), de primiparité, de présentation postérieure et lors d'un temps de poussée prolongé (> 30 minutes).

2.6. Les impacts physiques des lésions périnéales

Les lésions périnéales suite à un AVB sont associées à de nombreuses morbidités à court et long terme. Ces déchirures sont une problématique importante dans les suites de couches, et impliquent des complications maternelles conséquentes: incontinences urinaires et fécales, douleurs immédiates et persistantes, dyspareunies et faiblesse du plancher pelvien (Mei-dan, Walfisch, Raz, Levy & Hallak, 2008). Ce genre de problème est moins commun chez les femmes ayant un PI (Klein et al., 1994).

2.6.1. Douleurs et dyspareunies:

Selon Ybert (2002, p. 282), la dyspareunie est une "douleur survenant chez la femme pendant les rapports sexuels". Elle peut être primaire (dès les premières relations sexuelles) ou secondaire (par exemple suite à un AVB) et de deux types: superficielle ou profonde. La dyspareunie superficielle survient dès le début de la pénétration du pénis dans le vagin. La profonde apparaît lorsque la pénétration est complète, peut persister après le rapport et irradier dans le ventre (De Gasquet, 2011).

Nombreuses en sont les causes, qu'elles soient organiques ou psychologiques. Les causes organiques impliquent des fissures au niveau des lèvres, un vagin étroit, un manque d'œstrogène (lubrification), une infection vaginale, une maladie des trompes, des ovaires ou de l'utérus (Larousse Médical, 2006). Selon, Champagne et Martin (2002), les causes psychologiques impliquent un aspect affectif, relationnel ou éducationnel influencé par des facteurs développementaux (influences religieuses et culturelles) ou traumatiques (interventions chirurgicales, sévices sexuels et donc refus de plaisir). Ces derniers peuvent se joindre et former un ensemble de troubles intrapersonnels et interpersonnels. Le pas entre les causes organiques et psychologiques est très mince (De Gasquet, 2011). Effectivement, la dyspareunie est le fruit d'interactions entre plusieurs facteurs, qu'ils soient physiologiques, psychologiques et sociaux (Champagne & Martin, 2002).

La prévalence de la dyspareunie lors du PP immédiat est estimée entre 30 à 60% (Tennfjord, Hilde, Staer-Jensen, Ellstrom Engh & Bo, 2014). Il apparaît que la dyspareunie présente les six premiers mois PP tend à disparaître graduellement suite à cette période. Durant les trois premiers mois PP, la dyspareunie est significativement associée à un AVB, à la présence de déchirures périnéales et/ou à un antécédent de dyspareunie (Barrett et al., 2005 ; Hicks, Goodall, Quattrone & Lydon-Rochelle, 2004).

2.6.2. Incontinences:

Selon le Petit Larousse illustré (2004, p. 539), l'incontinence est une perte involontaire d'urines ou de matières fécales, respectivement nommées incontinences urinaires et fécales. Selon le Ybert (2002, p. 472), l'incontinence urinaire est définie comme une perte involontaire d'urine et se présente sous deux formes: permanente, ou d'effort. L'incontinence permanente est due à une altération du sphincter de la vessie ou de l'urètre causée par un trouble neurologique, un traumatisme ou par une intervention chirurgicale. L'incontinence d'effort survient chez la femme âgée ou suite à un/des AVB plus ou moins traumatiques. Pendant la grossesse, une perte d'urine involontaire peut être provoquée par le poids de l'utérus (plus conséquent à l'approche du terme), le port de charges lourdes ou un éternuement. Dans 70% des cas, l'incontinence d'effort disparaît après l'accouchement (Viktrup, 2002). Cependant, l'AVB peut causer une atrophie des muscles du périnée et donc diminuer le soutien de la vessie, des prolapsus (descente du col de la vessie) ou encore une faiblesse du sphincter de la vessie, en lien avec une distension du plancher pelvien. Toujours selon Viktrup (2002), la prévalence de l'incontinence urinaire après un AVB est de 19% en PP immédiat, de 6% à trois mois et de 1% à une année PP chez les femmes primipares. Les facteurs de risque d'une éventuelle incontinence urinaire après un AVB sont les suivants: parité, âge maternel, surpoids, accouchement vaginal, accouchement

instrumenté, lésions périnéales et une incontinence urinaire préexistante (Labrecque et al., 1999 ; Peyrat et al., 2002 ; Stamp et al., 2001).

Selon le Petit Larousse de la médecine (2010), l'incontinence fécale est définie comme une incapacité à retenir les selles de par une perte de contrôle du sphincter anal. Les causes peuvent être mécaniques (infection détruisant le sphincter, tumeur) mais également neurologiques (Mimoun, 2007, p. 472). La prévalence de l'incontinence anale après un AVB est de 2 à 6% chez les femmes primipares. Ce pourcentage augmente jusqu'à 62% suite à des lacérations périnéales sévères (Eason, Labrecque, Marcoux & Mondor, 2002). Les facteurs de risque démontrés sont l'âge maternel, la parité, l'obésité, l'épisiotomie, l'accouchement instrumenté, la macrosomie, les lésions du sphincter anal et une incontinence urinaire préexistante (Eason et al., 2002).

2.6.3. Dysfonctionnements sexuels:

Le dysfonctionnement sexuel est défini comme une "perturbation des processus qui caractérisent le déroulement de la réponse sexuelle ou par une douleur associée aux rapports sexuels" (Americian Psychiatric Association, 2000, p.617) et comme étant un "trouble ne permettant pas d'avoir des relations sexuelles satisfaisantes", c'est-à-dire un manque de plaisir, de désir ou encore un trouble dans le processus physiologique nécessaire à l'acte (OMS, 1992, p.171). Avant de parler de dysfonctionnement sexuel, il semble important de définir la santé sexuelle en général. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2015):

"La santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence."

La maternité est une série d'événements complexes demandant de l'adaptation et impliquant des modifications tant physiques, biologiques que psychologiques. La grossesse engendre de véritables bouleversements, tant chez la femme que chez le futur père, et peut avoir un impact sur la sexualité des couples. Effectivement, selon Hulsbergen (2004), la femme peut rencontrer une baisse de la libido en lien avec les hormones de la grossesse, mais aussi due à toutes les préoccupations autour de la naissance. L'homme subit également des changements d'ordres psychologiques (fantasme, érotisme, activité sexuelle redéfinie) allant avec les modifications physiques et sociales de la femme, ce qui peut

entraîner une augmentation comme une baisse de la libido, voir même l'arrêt des rapports. De plus, cette diminution des relations sexuelles peut s'expliquer également par une gêne quant à la présence du fœtus ou par la peur commune des parents de blesser le fœtus (Hulsbergen, 2004). La naissance a aussi un impact sur les relations sexuelles des couples. Effectivement, les troubles sexuels suite à un AVB sont communs, mais le sujet reste encore peu étudié. La reprise de l'activité sexuelle peut s'avérer être difficile suite à une baisse physiologique du désir sexuel (chute hormonale) de la femme, de la modification du rythme de vie, de la présence de douleurs périnéales et de dyspareunies. La fréquence des rapports est diminuée en comparaison à l'activité avant la grossesse (Henderson & Bick, 2005).

Selon Barrett et al. (2005), les facteurs de risque de développer des troubles sexuels suite à un AVB sont les suivants: primiparité, déchirures périnéales, épisiotomie, un AVB instrumenté ainsi que l'allaitement maternel. Dans son étude transversale, il démontre que la majorité des femmes (83%) rencontrent des troubles sexuels durant les trois premiers mois PP. Ce pourcentage diminue à 64% à six mois PP. L'importance de dépister précocement les problèmes sexuels au PP a été mise en évidence.

Les morbidités en lien avec les traumatismes périnéaux ne sont pas négligeables, ayant un impact physique et psychologique dans la vie quotidienne des femmes concernées. Il est important en tant que professionnels de la santé de prendre connaissance des moyens de prévention à mettre en place afin de diminuer l'incidence des lésions périnéales et de leurs conséquences.

2.7. La prévention

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 1948) définit le concept de la prévention comme "l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps". Trois types de prévention sont décrits selon l'évolution de la maladie: prévention primaire (1), secondaire (2) ou tertiaire (3) (Flajolet, 2008, p. 1). Ci-dessous, les définitions des ces trois types de prévention:

- 1) " L'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc à réduire, autant que faire se peut, les risques d'apparition de nouveaux cas" (OMS, 1948, cité par Flajolet, 2008, p. 1).
- 2) "Le but de la prévention secondaire est de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ainsi, ce stade de la prévention recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à

son évolution, ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque” (OMS, 1948, cité par Flajolet, 2008, p. 2).

- 3) “Qui intervient à un stade où il importe de « diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population » et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie (OMS, 1948, cité par Flajolet, 2008, p. 2).

2.8. La prévention des lésions périnéales

En faisant référence aux définitions mentionnées ci-dessus et en les mettant en lien avec la prévention des lésions périnéales durant les périodes prénatale et perpartum, voici ce qu’il en ressort : une bonne hygiène de vie peut déjà être une prévention contre une éventuelle faiblesse du plancher pelvien. Effectivement, Ree, Nygaard et Bo (2007) montrent qu’une hyperpression abdominale trop fréquente ou prolongée est un facteur de risque d’une faiblesse périnéale. Une activité physique importante chez une jeune femme nullipare a été démontrée comme un facteur de risque pour un affaiblissement périnéal et donc pour aggraver une éventuelle incontinence urinaire existante. L’impact de cette activité intensive est mis en lien, entre autres, avec une augmentation de la pression intra-abdominale, qui contribue à une fatigue musculaire des muscles périnéaux. De ce fait, Bernadette de Gasquet (2011) recommande différents gestes préventifs de la vie quotidienne, mais particulièrement pendant la grossesse: une respiration physiologique, de bonnes postures, éviter la constipation, le port de charges lourdes, la manoeuvre de valsalva, des efforts sportifs hyperpressifs et respecter le besoin défécatoire et urinaire tout en instaurant une position physiologique aux toilettes.

Selon Thakar et Sultan (2005), la pratique d’une césarienne élective serait le seul moyen de prévention primaire qui assurerait l’absence de lésions périnéales suite à une naissance. Cependant, il est démontré que les morbidités ainsi que la mortalité sont beaucoup plus élevées lors d’une césarienne contrairement à un AVB (Hall & Bewley, 1999 et Sultan & Stanton, 1996, cités par Thakar & Sultan 2005, p. 99). Concernant la prévention secondaire des lésions périnéales, Thakar et Sultan (2005) proposent de mettre en place des actions dans le but de diminuer les facteurs de risque en agissant sur la pratique de l’épisiotomie, le recours aux instrumentations, la position occipito-postérieure, l’utilisation de la péridurale, le maintien du périnée pendant l’expulsion, les techniques de poussées ainsi que la reconnaissance et la suture des lésions périnéales (Thakar & sultan, 2005). Comme expliqué dans la publication d’Hastings-Tolsma, Vincent, Emeis & Fransicsco (2007), plusieurs pratiques ont démontré une réduction des lésions périnéales. Effectivement, la

position latérale (Albers et al., 1996), la position à quatre pattes (Soong & Barnes, 2005) et l'expulsion de la tête fœtale entre deux contractions (Albers, Sedler, Bedrick, Teaf & Peralta, 2006) ont démontré une réduction de ces traumatismes au sein des études respectives. Comme prévention tertiaire des lésions périnéales, il est proposé aux femmes ayant déjà souffert d'une déchirure de type IV avec des incontinences anales corrigées par une chirurgie, de modifier le mode d'AVB en optant pour une césarienne élective (Sultan & Stanton, 1996, cité par Thakar & Sultan, 2005, p. 106). Cependant, cette décision doit être prise suite à un suivi multidisciplinaire spécifique et divers examens cliniques (Thakar & Sultan, 2005).

En sachant que le risque d'incontinence est augmenté suite à un AVB, et davantage si ce dernier a été traumatique, il semble important de préciser un moyen de prévention pour cette problématique. Le Docteur Arnold Kegel et la littérature ont démontré l'efficacité des exercices réguliers des muscles périnéaux, qui ont pour objectifs de tonifier le plancher pelvien et de prévenir les issues d'incontinences urinaires suite à des séries de contractions périnéales (exercices de Kegel) effectuées régulièrement dans la journée (Cavkaytar, Kokanali, Topcu, Aksakal & Doganay, 2015).

D'autres méthodes alternatives sont discutées telle que l'AVB dans l'eau, qui, selon Thakar et Sultan (2005), rendrait le périnée plus souple suite à une immersion dans l'eau, ce qui faciliterait son ampliation et donc limiterait les lésions. Cependant, cette hypothèse a été infirmée par une revue Cochrane (Cluett, Nikodem, McCandlish & Burns, 2004). Un autre moyen de prévention alternatif serait l'AVB à domicile. Effectivement, l'étude de Murphy et Feinland (1998) montre que le taux de déchirures périnéales à domicile est plus bas. Cet énoncé résulterait du fait que la sage-femme collabore avec une population plus propice à avoir un PI (p.ex. des multipares) et propose des positions alternatives qui diminueraient le risque de lésions chez les nullipares (à genoux ou à quatre pattes). Pour terminer, le massage périnéal reste un moyen à but préventif d'éventuelles lésions périnéales lors d'un AVB. Cette pratique est développée dans le chapitre qui suit.

2.9. Le massage périnéal

2.9.1. Technique du massage périnéal:

La recherche de la littérature effectuée n'a pas démontré d'étude analysant la méthode, c'est-à-dire les gestes à effectuer pour pratiquer le massage périnéal (MP) anténatal. Les articles recensés traitant l'efficacité du MP font référence à des articles

anciens qui ont décrit une technique de massage et qui est reprise dans les articles plus récents. L'approche qui est régulièrement citée est la suivante:

Le MP doit être débuté dès la 34^e SG et pratiqué 5 à 10 minutes par jour en lubrifiant le périnée et les parois vaginales avec de l'huile naturelle (olive, amande douce). Le massage peut être pratiqué par la femme ou son partenaire, ce qui serait la solution de facilité pour cette dernière. Commencer le MP en ayant une vessie vide et en étant installée confortablement. Introduire deux doigts à l'intérieur du vagin, à 3-4cm de profondeur (les pouces si la femme est seule), et maintenir une pression en direction du rectum. Tout en maintenant cette pression, les doigts doivent bouger et glisser le long des parois vaginales dans un mouvement rythmique en forme de "U". En le pratiquant régulièrement, les tissus doivent se relaxer et devenir plus élastiques. L'objectif étant de détendre le vagin autant que possible à chaque fois jusqu'à l'apparition de sensations de picotements ou de brûlures. Mais le massage ne doit pas être douloureux. Ces sensations aident à se familiariser avec l'expérience de l'avancée du pôle foetal sur le périnée. Maintenir cette pression pendant 30 à 60 secondes sans douleur puis relâcher. Si le massage est pratiqué régulièrement, le partenaire pourra insérer plus de doigts à l'intérieur du vagin en lien avec l'élasticité qui sera plus importante. Les exercices de Kegel peuvent être effectués durant cette même période (Avery & Van Arsdale, 1987, traduction libre, p.183-184)

2.9.2. Les tabous en lien avec le massage périnéal:

Selon Tonneau et al. (2005), le périnée est une zone intime qui n'est pas bien connue des femmes et qui est pour certaines d'entre elles un sujet tabou en lien avec sa fonction sexuelle et la pudeur qui en découle. Le mot "périnée" vient du grec et signifie "autour du temple", et a donc aussi un caractère sacré. Toujours selon Tonneau et al. (2005), 50% des femmes interrogées ne peuvent pas imaginer leur périnée et n'osent pas le regarder. Les connaissances en lien avec les fonctions périnéales sont ressorties comme étant moyennes chez 50% des femmes avec un bon niveau socio-économique. Les connaissances de ces femmes viennent principalement de la sage-femme (57%) et des livres (31%), ce qui prouve l'importance du rôle de la sage-femme dans l'enseignement, qui est détaillé dans le chapitre suivant (Tonneau et al., 2005).

2.9.3. Alternative avec Epi-No®:

La méthode Epi-No®, conçue par le Dr. Wilhelm Horkel, consiste en l'utilisation d'un ballonnet gonflable en silicone relié à une pompe à pression qui a pour objectif d'étirer le vagin et le périnée à partir de 35-37 SA (Shek, Chantarasorn, Langer, Phipps & Dietz, 2011). Le but étant le même que le MP qui est la réduction du risque de traumatisme périnéal

durant l'AVB. Selon Kok et al. (2004), l'utilisation d'Epi-No[®] n'engendrait aucune lacération périnéale ni infection vaginale et la majorité des femmes l'employant sont satisfaites et confortables lors de l'exercice. D'après la recherche effectuée par Kovacs, Heath & Heather (2004), il y aurait un taux de PI plus élevé de manière significative chez les primipares utilisant la méthode en comparaison au groupe contrôle. De plus, l'étude a pu démontrer un taux plus bas de déchirures périnéales de tous types confondus dans le groupe Epi-No[®]. Kok et al. (2004) montrent une baisse non significative de l'incidence des traumatismes périnéaux chez les femmes ayant utilisé l'Epi-No[®], cependant une réduction significative du taux d'épisiotomies chez les primipares a été observée.

2.10. Le rôle de la sage-femme et la problématique

Selon le modèle de soins de Renfrew & al (2014), la pratique de la sage-femme comporte plusieurs aspects, tels que l'éducation, l'information et la promotion de la santé, ainsi que la promotion des processus normaux et la prévention des complications. La sage-femme a donc un rôle important dans la promotion et la prévention de la santé chez la future mère, le nouveau-né et la famille.

Comme décrit ci-dessus, de par ses nombreuses fonctions essentielles, le périnée est très sollicité au cours de la vie d'une femme, mais particulièrement pendant la grossesse et le processus de naissance par les voies naturelles. Effectivement, les issues périnéales suite à un AVB peuvent avoir des retentissements importants à court et long terme dans la vie des femmes concernées. Une diminution de la prévalence de ces traumatismes périnéaux serait bénéfique pour ces dernières. Il est donc important de prévenir d'éventuelles lésions périnéales et ainsi anticiper leurs conséquences qui seront problématiques. Certains moyens préventifs existent, mais ne sont que très peu proposés et utilisés. En tant que professionnels de la santé, il est nécessaire de s'interroger sur ces différents moyens existants afin de pouvoir les suggérer aux femmes pendant leur grossesse dans le but de favoriser la physiologie et le confort maternel. Plusieurs études ont démontré l'inefficacité du massage périnéal pratiqué pendant la deuxième phase du travail sur l'incidence des déchirures périnéales (Albers, Sedler, Bedrick, Teaf & Peralta, 2005 ; Stamp et al., 2001). Mais qu'en est-il du massage périnéal prénatal? La littérature suggère une efficacité significative de la pratique du massage périnéal pendant la grossesse sur la diminution des lésions périnéales pendant l'accouchement (Beckman & Stock, 2013). Cependant, cette pratique reste limitée et peu de sensibilisation et d'informations sont transmises à la population concernée, comme le précisent Ismail et Emery (2013). Pourquoi ce manque de transmission d'informations concernant la pratique du massage périnéal pendant la

grossesse est-il présent, alors que son efficacité serait démontrée? Est-ce que le vécu des femmes le pratiquant contribue à ce phénomène ? Ces différentes interrogations nous mènent à notre question de recherche principale :

Doit-on systématiquement pratiquer le massage périnéal pendant la période du prénatal?

L'objectif de ce travail consiste à explorer ce questionnement tout en analysant à nouveau l'efficacité du massage périnéal prénatal et en mettant en parallèle le vécu ou l'acceptation des femmes le pratiquant.

2.11. Éthique

Selon Larousse (2000), l'éthique se définit comme « ce qui concerne les principes de la morale » (p. 403). De ce fait, l'éthique médicale est « l'ensemble des règles morales qui s'imposent aux différentes activités des médecins » (Larousse, 2001, p. 403). Au sein de ce travail, le respect et la prise en considération des différents résultats seront effectués afin d'être neutre dans l'analyse des résultats, chaque énoncé ou processus de recherche sera référé afin de respecter la propriété intellectuelle de chaque auteur, l'éthique de chaque article sera analysée et prise en considération, la confidentialité sera gardée si nécessaire, ce travail respectera la limite des compétences acquises dans le monde de la recherche et sera orienté dans le champ professionnel de la sage-femme. La pratique du MP anténatal sera analysée en respectant une dimension éthique.

L'éthique peut se baser sur quatre principes fondamentaux à notre pratique de soignant : l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice (Association Suisse des infirmières et infirmiers SBK-ASI, 2013). « Les principes éthiques permettent de justifier une action humaine dans une perspective éthique » (SBK-ASI, 2013, p. 11). Un des rôles de la sage-femme est de garantir la sécurité de la femme lors du processus de l'accouchement (Fédération Suisse des sages-femmes, 1994). Ce travail permettra d'offrir un regard réflexif et constructif en miroir au rôle de promotion et prévention de la santé, afin de pouvoir offrir des prises en soins adaptées et personnalisées, à travers un partage de connaissances en lien avec la littérature existante. Les conclusions qui résultent de l'analyse de la pratique du MP anténatal respecteront les quatre principes éthiques cités ci-dessus.

3. Méthodologie

Dans le cadre de notre travail, il a été nécessaire de faire une recherche de la littérature sur différentes bases de données afin de trouver plusieurs articles de type quantitatif, permettant d'analyser l'efficacité de la pratique du MP, et de type qualitatif afin d'analyser le vécu des femmes concernées. Ces recherches ont été effectuées dans le but de répondre à nos questionnements cités ci-dessus.

3.1. Bases de données

La recherche de la littérature effectuée dans ce travail a débuté dès la question de recherche posée. Les différentes bases de données citées ci-dessous ont été régulièrement parcourues afin de prendre connaissance d'éventuels nouveaux articles publiés. Les moteurs de recherches principalement utilisés sont **Medline via PubMed, Midirs, Cinahl** et **PsychINFO**.

PubMed et *Google Scholar* ont été utilisés pour certaines recherches intégrées au cadre de référence. Pour cette même rédaction, divers ouvrages disponibles dans le catalogue du réseau romand des bibliothèques de Suisse occidentale (RERO) ont été employés.

3.2. Les mots-clés utilisés

Dans un premier temps, il a été nécessaire de rédiger une liste de tous les mots-clés permettant de cibler des articles répondant aux questionnements. Ci-dessous, les mots-clés principaux sont cités en anglais, car la majorité des bases de données utilisées sont dans cette langue. Le programme *Hon Select* proposé par la HEdS a permis de récolter des Mesh Terms (Medical Subject Headings) dans le but d'utiliser un système de codage compatible à plusieurs moteurs de recherche.

<ul style="list-style-type: none">• Perineum• Skin• Massage• Pregnancy• Pregnant woman/en• Delivery, Obstetric• Prevention• Prenatal care	<ul style="list-style-type: none">• Rupture• Wounds and injuries• Laceration/s• Cicatrix	<ul style="list-style-type: none">• Awarness• Patient satisfaction
--	---	---

3.3. Processus de recherche

3.3.1. Utilisation de *Medline* via *PubMed*:

Pour les recherches effectuées sur *PubMed*, les Mesh Terms cités ci-dessus ont été utilisés. Afin de créer des combinaisons pertinentes, des connecteurs tels que “AND” et “OR” ont été ajoutés. Dans le but de sélectionner les types d’articles souhaités (études quantitatives et qualitatives), les paramètres de recherches ont été spécifiés (*Clinical Trial* ou *Observational Study*). Les premières recherches ont été très précises de par leur caractère fermé ce qui n’a pas donné de résultat. Un élargissement de l’analyse a été nécessaire en utilisant moins de mots-clés combinés.

Combinaisons de recherche	Nombre d’articles trouvés	Articles retenus
Type d’article: Clinical Trial		
“Perineum” AND “Massage” AND “Lacerations” AND “Pregnant Women” OR “Pregnant Woman”	0	0
“Perineum” AND “Massage” AND “Prenatal Care” AND “Pregnant woman OR Pregnant women”	1	1 Ismail & Emery, 2013
“Perineum” AND “Massage” AND “Pregnant Women”	0	0
“Prevention” AND “Wounds and Injuries” AND “Delevery, Obstetric”	0	0
“Perineum” AND “Massage” AND “Laceration OR Lacerations”	3	0
“Perineum” AND “Massage” AND “Care, Prenatal”	2	1 Shipman & al., 1997
“Perineum” AND “Massage” AND “Wounds and Injuries”	6	1 Mei-Dan & al., 2008
“Perineum” AND “Massage”	14	5 Mei-Dan & al., 2008 Labrecque & al., 1999 Labrecque & al., 2000 Labrecque & al., 2001 Shipman & al., 1997

Type d'article: Observational Study		
"Perineum" AND "Massage"	46	2 Ismail & Emery, 2013 Labrecque & al., 2001

3.3.2. Utilisation de *Cinhal*:

Pour les recherches effectuées sur *Cinhal*, les mots-clés cités ci-dessus ont été utilisés. Afin de créer des combinaisons pertinentes, des connecteurs tels que "AND" et "OR" ont été ajoutés. La démarche a été similaire à celle de l'utilisation de PubMed: il a été nécessaire d'élargir nos recherches afin de trouver plus d'études, dont une que nous avons sélectionnée.

Combinaisons de recherche	Nombre d'articles trouvés	Articles retenus
"Perineal massage" AND "Pregnancy" AND "Laceration"	8	0
"Perineal massage" AND "Pregnancy"	59	1 Ismail & Emery, 2013

3.3.3. Utilisation de *Midirs* et *PsychINFO*:

L'utilisation d'*Ovid* a permis de regrouper les recherches des bases de données *Midirs* et *PsychINFO*. Les Mesh Terms "Perineum OR Perineal" AND "Massage" ont été associés. Le résultat de cette combinaison était de 124 objets. Afin de spécifier cette dernière, les mots-clés "Antenatal OR Prenatal" ont été rajoutés.

Combinaisons de recherche	Nombre d'articles trouvés	Articles retenus
"Perineum OR Perineal" AND "Massage"	124	/
"Perineum OR Perineal" AND "Massage" AND "Prenatal OR Antenatal"	48	4 Ismail & Emery, 2013 Davidson & al., 2000 Shipman & al., 1997 Labrecque & al., 2001

3.4. Critères d'inclusion et d'exclusion

La sélection des différentes études a été faite selon plusieurs critères. Pour des raisons de compréhension, uniquement les articles en anglais ou en français ont été sélectionnés. Effectivement, une étude semblant répondre à notre question de recherche était rédigée en Japonais (Shimada, 2005) et a donc été écartée. La sélection des articles a été dirigée par la date de publication (≥ 1997) suggérée par la Haute École de Santé de Genève. Afin de pouvoir évaluer l'efficacité du MP, il a été nécessaire de sélectionner des essais cliniques. Dans un souci de validité et de pertinence des résultats, seuls les articles comprenant un large échantillon ont été retenus. Un critère spécifique à notre travail a été la temporalité de la pratique du MP devant se dérouler pendant la grossesse. Les articles analysant l'efficacité du MP pendant la deuxième phase du travail ont été écartés. D'une manière plus générale, la qualité des études a été analysée et seuls les travaux composés de manière systématique ont retenu notre attention: une question de recherche pertinente, une méthodologie complète et cohérente, une analyse et discussion des résultats prenant en compte la globalité et la complexité de la question de recherche ainsi qu'une éthique respectée.

3.5. Limites de la recherche

Premièrement, la thématique du questionnement de ce travail a été peu étudiée. De ce fait, peu de publications sont ressorties suite aux investigations effectuées, ce qui a induit un élargissement de nos recherches, comme décrit ci-dessus. Un des critères de sélection étant le design de l'étude (randomisée), les résultats se sont davantage restreints. Deuxièmement, un des problèmes rencontrés lors de cette recherche de littérature a été l'ancienneté des études traitant le sujet. Effectivement, les publications existantes ont été pour la plupart rédigées entre les années 1980 et 1990. À cela s'ajoutent également les instructions de la HEdS (l'année de publication ne devant pas être inférieure à 1997 environ), limitant ainsi notre sélection.

3.6. Nombre d'articles sélectionnés

Selon les exigences de la HEdS concernant la rédaction de cette revue de littérature, il était demandé de sélectionner au minimum cinq articles. Ce travail se base sur l'analyse de sept articles répondant à notre questionnement. Quatre études traitent la question de l'efficacité du MP à court terme (Shipman, Boniface, Defft & McCloghry, 1997 ; Labrecque et al., 1999 ; Davidson, Jacoby & Scott Brown, 2000 ; Mei-Dan, Walfisch, Raz, Levy & Hallak, 2008), deux études investiguent le vécu et l'acceptabilité des femmes le pratiquant

(Labrecque, Eason & Marcoux, 2001 ; Ismail & Emery, 2013) et une étude explore l'impact du MP à long terme (Labrecque, Eason & Marcoux, 2000). Le choix de garder ces sept articles est pertinent, de par leur complémentarité, afin de traiter le sujet dans toute sa globalité à court terme principalement, tout en tenant compte du vécu des femmes concernées.

Trois articles d'un même auteur ont été retenus dans cette revue de littérature. Suite à l'analyse de ces études et malgré le risque de biais, il a été décidé de garder ces trois travaux étant donné leur contenu de qualité, leur pertinence, leur continuité et leur complémentarité. Effectivement, les auteurs analysent la même thématique dans un contexte et une temporalité différents.

3.7. Articles retenus

Ci-dessous, les sept articles sélectionnés:

1. Shipmann, M.K., Boniface, D.R., Defft, M.E. & McCloghry, F. (1997). Antenatal perineal massage and subsequent perineal outcomes: a randomized controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 104, 187-191.
2. Labrecque, M., Eason, E., Marcoux, S., Lemieux, F., Pinault, J.J., Feldman, P. & Laperrière, L. (1999). Randomized controlled trial of prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 180(3), 593-600.
3. Davidson, K., Jacoby, S. & Scott Brown, M. (2000). Prenatal Perineal Massage: Preventing Lacerations During Delivery. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 29(5), 474-479.
4. Labrecque, M., Eason, E. & Marcoux, S. (2000). Randomized trial of perineal massage during pregnancy: Perineal symptoms three months after delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 182(1), 76-80.
5. Labrecque, M., Eason, E. & Marcoux, S. (2001). Women's views on the practice of prenatal perineal massage. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108, 499-504.

6. Mei-Dan, E., Walfisch, A., Raz, I., Levy, A. & Hallak, M. (2008). Perineal Massage during Pregnancy : A prospective Controlled Trial. *The Israel Medical Association Journal*, 10, 499-502.
7. Ismail, S.I.M.F. & Emery, S.J. (2013). Patient awareness and acceptability of antenatal perineal massage. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 33, 839-843.

4. Analyse descriptive:

L'analyse descriptive des articles sélectionnés pour cette revue de la littérature est composée de deux parties. Dans un premier temps, les différents articles sont présentés de manière synthétique et par ordre chronologique sous forme de tableaux composés de 5 parties :

- Titre, auteurs, pays, année, revue
- Objectifs
- Design, méthode
- Echantillon
- Principaux résultats
- Forces
- Limites

Dans un deuxième temps, les sept articles sont décrits plus en détail en différents chapitres :

- Auteurs et publication
- Population et taille de l'échantillon
- Type d'étude
- Méthodologie de l'étude
- Ethique
- Résultats
- Forces et limites

Titre, Auteurs, Pays, Année, Revue	Objectifs	Design, Méthode	Échantillon	Principaux résultats	Forces	Limites
Antenatal perineal massage and subsequent perineal outcomes : Randomized controlled trial M. K. Shipman, D. R. Boniface, M. E. Tefft & F. McCloghry Angleterre, 1997 British Journal of Obstetrics and Gynaecology	Étudier les effets du massage périnéal prénatal sur les issues périnéales à l'accouchement.	Étude unicentrique, randomisée contrôlée simple aveugle. Répartition en 2 groupes : contrôle et massage : 3-4x/semaine, 4min avec huile d'amande douce dès 34 SA + évaluation pratique quotidienne + questionnaire au PP + exercices du plancher pelvien dans les 2 groupes.	861 nullipares entre 29 et 32SA, grossesse unique, sans particularité.	Le massage périnéal montre une baisse statistiquement significative du taux de déchirures II + III et d'épisiotomies + instrumentations chez les primipares après ajustement des variables âge maternel et PN, ainsi qu'une diminution significative des lésions périnéales + instrumentations chez les primipares ≥ 30 ans.	- Échantillon important + Sample Size - Randomisation. - Personnel soignant à l'aveugle.	- Evaluation difficile de l'observance des participantes. - Manque de définition des déchirures : baisse de la fiabilité des lésions périnéales. - Âge maternel pas équitabale dans les 2 groupes.
Randomised controlled trial of prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy. M. Labrecque, E. Eason, S. Marcoux, F. Lemieux, J.-J. Pinault, P. Feldman & L. Laperrière. Canada, 1999 American Journal of Obstetrics and Gynecology.	L'objectif de l'étude est d'évaluer les impacts du MP en lien avec les issues périnéales et le vécu des femmes.	Etude multicentrique randomisée contrôlée semi aveugle Randomisation en 2 groupes : cø et massage : 10min/jour dès 34-35 SA). Questionnaires au PP qui évaluent les issues périnéales et le vécu (expérience, satisfaction et sentiment de cø).	1'527 femmes enceintes (séparées selon la parité) avec une grossesse à bas risque entre 30-35 SA.	Le taux de PI augmente de manière statistiquement significative chez les primipares du groupe MP. Cette incidence de PI est significativement augmentée lorsqu'une bonne observance est présente. Pas de différence statistiquement significative pour les multipares. Le MP est considéré comme acceptable auprès de la majorité des femmes, qui le recommanderaient.	- Echantillon large + Sample Size - Bonne surveillance/suivi de l'observance de la pratique du MP et du remplissage du carnet de bord. - Même niveau de motivation en général des participantes (MP). - Restriction des épisiotomies afin d'observer les impacts réels du MP. - Description de l'étude complète.	- Evaluation difficile de l'observance des participantes. - Education et sensibilisation peu représentatives de la population générale qui pratique le MP. - Motivation difficilement évaluable. - Quelques cas de révélation de l'affectation des groupes (83).

Titre, Auteurs, Pays, Année, Revue	Objectifs	Design, Méthode	Échantillon	Principaux résultats	Forces	Limites
Prenatal perineal massage : Preventing lacerations during delivery K. Davidson, S. Jacoby & M. Scott Brown USA, 2000 Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing	Analyser les associations entre les lésions périnéales et 13 variables (MP principalement) qui pourraient avoir un impact sur l'incidence des lésions périnéales pendant l'AVB.	Étude rétrospective descriptive. Répartition en 2 groupes : Lésions mineures (PI + Déch. I) et sévères (Déch. II et III). Intervention du MP non-décrite.	368 femmes enceintes (307 multipares et 61 primipares). avec une grossesse à bas risque et AVB à domicile.	Deux variables sont principalement associées à l'incidence des lésions périnéales : le MP et la parité. Le MP est associé à une baisse significative des lésions périnéales sévères chez les primipares ainsi que chez les multipares avec un ATCD d'épisiotomie.	- Échantillon important. - Pratique presque identique de 2 SF. - Élimination des variables hospitalières (épisiotomie). - Femme randomisée uniquement si bonne observance.	- Répartition déséquilibrée entre primipares et multipares. - Généralisation difficile avec le milieu hospitalier. - Intervention non-décrite. - Ethnie uniquement blanche. - Evaluation difficile de l'observance des participantes. - Rétrospective
Randomized trial of perineal massage during pregnancy: Perineal symptoms three months after delivery M. Labrecque, E. Eason & S. Marcoux Canada, 2000. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing	Évaluer les effets du MP effectué pendant la grossesse sur les symptômes périnéaux 3 mois après l'AVB (dyspareunies, douleurs périnéales, satisfaction sexuelle et incontinences urinaires)	Etude multicentrique randomisée contrôlée semi aveugle. Répartition des groupes idem que Labrecque et al., 1999. L'analyse se base sur deux questionnaires : PP immédiat et à 3 mois PP.	1198 primipares / multipares ayant répondu au questionnaire de PP immédiat et 949 femmes ayant répondu au questionnaire 3 mois PP.	Chez les primipares, aucune différence entre le groupe cò et le groupe MP. Chez les multipares, les résultats montrent une baisse statistiquement significative des douleurs périnéales, mais aucune différence significative sur l'incidence des dyspareunies, de la satisfaction sexuelle et des incontinences à 3 mois PP.	- Echantillon large. - Bonne surveillance/suivi de l'observance de la pratique du MP et du remplissage du carnet de bord. - Même niveau de motivation en général des participantes (MP). - Description de l'étude complète. - Questionnaires spécifiques à l'étude.	- Évaluation difficile de l'observance des participantes. - Éducation et sensibilisation peu représentatives de la population générale qui pratique le MP. - Motivation difficilement évaluable. - Quelques cas de non-retour des questionnaires.

Titre, Auteurs, Pays, Année, Revue	Objectifs	Design, Méthode	Échantillon	Principaux résultats	Forces	Limites
Women's views on the practice of prenatal perineal massage. M. Labrecque, E. Eason & S. Marcoux. Canada, 2001. British Journal of Obstetrics and Gynaecology.	Déterminer l'évaluation de la technique du MP des femmes qui l'ont pratiqué pendant leur grossesse.	Etude observationnelle transversale au sein d'une étude randomisée contrôlée multicentrique (Labrecque & al. 1999). Evaluation de la pratique du MP et de son vécu par deux questionnaires au PP (premiers jours et 3 mois PP) + analyse du journal de bord des participantes pendant la grossesse.	763 femmes ayant accouché faisant partie du groupe MP (Labrecque & al. 1999).	<ul style="list-style-type: none"> - MP jugé comme acceptable. - Acceptabilité augmentée de manière statistiquement significative avec une bonne observance. - MP jugé comme positif sur la préparation à la naissance et à l'accouchement, en lien avec l'observance. - La satisfaction augmente significativement avec la participation du conjoint. - La majorité des femmes le pratiqueraient à nouveau et le recommanderaient. 	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaires testés et validés. - Questionnaires et analyses de ces derniers spécifiques et complets. - Echantillon large. - Suivi à long terme. - Références à d'autres études. - Résultats analysés en tenant compte des risques de biais. 	<ul style="list-style-type: none"> - 10% de non-réponse. - Les différences de niveau de motivation peuvent influencer les résultats. - La satisfaction va être influencée par les issues périnéales pendant l'accouchement (généralement bonnes, donc satisfaction plutôt à la hausse).
Perineal massage during pregnancy : a prospective controlled trial. E. Mei-dan, A. Walfisch, I. Raz, A. Levy & M. Hallak. Israël, 2008. Israel Medical Association Journal.	Déterminer si le MP prénatal dès 34 SA, augmente l'incidence d'accoucher avec un PI.	Etude unicentrique prospective contrôlée semi aveugle. Constitution de deux groupes : cô et massage (10 min/jour avec de l'huile, dès 34 SA). Journal de bord tenu par les participantes de l'intervention + questionnaire PP (vécu).	234 nullipares avec grossesse à bas risque, entre 30-34 SA.	<ul style="list-style-type: none"> Taux d'épisiotomies, de déchirures sp et de PI n'étaient pas significativement différents entre les deux groupes. Cependant, le taux de déchirures antérieures est significativement plus élevé dans le groupe MP. La majorité des femmes ayant pratiqué le MP sont satisfaites. 	<ul style="list-style-type: none"> - Bonne surveillance/suivi de l'observance de la pratique du MP et du remplissage du carnet de bord. - Sample Size respectée 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de randomisation. - Caractéristiques non-homogènes entre les deux groupes. - Evaluation difficile de l'observance des participantes. - Groupe contrôle formé en salle d'accouchement.

Titre, Auteurs, Pays, Année, Revue	Objectifs	Design, Méthode	Échantillon	Principaux résultats	Forces	Limites
Patient awareness and acceptability of antenatal perineal massage S.I.M.F. Ismail & S.J. Emery Angleterre, 2013 Journal of Obstetrics and gynaecology.	Explorer la vision de la pratique du MP des primipares qui n'ont pas été informées de sa valeur auparavant et déterminer leur niveau de connaissance.	Etude transversale unicentrique mixte qualitative et quantitative Questionnaire anonyme au PP. Méthode du MP idem que Labrecque & al., 1999.	113 questionnaires complétés.	Bonne acceptabilité du MP des primipares. Pas de différence statistiquement significative avec les résultats de Labrecque & al., 2001, donc pas de différence significative de l'acceptabilité selon le niveau de connaissance des femmes. Manque de sensibilisation/éducation des femmes par rapport à la pratique du MP.	- Complément de Labrecque 2001. - Se base sur la littérature disponible. - Sample Size	- Exploration du questionnaire limitée par rapport à Labrecque & al., 2001. - Critères d'inclusion et d'exclusion pas précisés. - Faible taux de réponse aux questionnaires.

4.1. Étude 1

Auteurs et publication:

Shipman, M.K, Boniface D.R., Tefft, M.E. et McCloghry, F. forment un groupe d'auteurs composé respectivement d'une sage-femme spécialisée dans la recherche, un statisticien, un analyste de données ainsi qu'un médecin généraliste. Cet article à été publié au sein du journal *British Journal of Obstetrics and Gynaecology (BJOG)* édité par le *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)*. Ce dernier est une *peer-reviewed* qui publie divers articles originaux spécifiques à l'obstétrique et à la gynécologie (BJOG, 2008).

Population et taille de l'échantillon:

Les auteurs ont créé leur échantillon de femmes en y joignant uniquement des nullipares avec une grossesse unique entre 29 et 32 SG. Les critères d'exclusion sont les suivants: grossesse multiple, pratique du MP avant le premier contact, césarienne électorale de prévue, césarienne au cours de l'étude, hospitalisation au cours de la grossesse, mort in-utéro, accouchement prématuré, AVB dans l'eau ou dans un autre établissement, allergie aux produits à base de noix ou incompréhension de l'anglais. D'un point de vue général les auteurs ont éliminé les femmes qui avaient un risque élevé de césarienne. Les femmes ayant donné leur consentement pour la participation à l'étude étaient significativement plus d'ethnie caucasienne ($P = 0.038$). L'âge maternel est significativement plus élevé dans le groupe MP ($P = 0.039$). Les auteurs ont utilisé un outil statistique permettant de calculer la taille d'échantillon minimale nécessaire augmentant les chances de trouver une différence statistiquement significative si existante (Sample Size), qui était de 780 femmes. L'échantillon de l'étude est de 861 participantes.

Type d'étude: Cet article est une étude unicentrique randomisée contrôlée simple aveugle qui s'est déroulée entre 1994 et 1995.

Méthodologie de l'étude:

L'objectif de l'étude est d'étudier les effets du MP anténatal sur les issues périnéales à l'AVB. Pour se faire, le recrutement s'est déroulé dans la période anténatale et la randomisation des participantes s'est faite de manière aléatoire en deux groupes quantitativement équitables (groupe intervention et contrôle). Les deux groupes ont effectué des exercices musculaires du plancher pelvien. Les femmes appartenant au groupe MP ont reçu des informations orales et écrites concernant la pratique du MP. La technique enseignée est tirée de la littérature antérieure (Avery & Burket, 1986 ; Avery & Van Arsdale, 1987). Le MP doit être pratiqué 3-4 fois par semaine pendant 4 minutes avec de l'huile

d'amande douce six semaines avant le terme prévu. Les participantes des deux groupes ont rempli un journal de bord quotidien permettant de détailler la pratique des exercices. De plus, ces dernières ont rempli un questionnaire dans les deux jours suivants l'AVB, analysant le vécu du MP et des exercices pelviens. Il a été demandé aux femmes de ne pas dévoiler aux professionnels de la santé leur groupe d'appartenance et le personnel médical ne devait pas questionner les participantes.

Les variables prises en considération au sein de cette étude sont les suivantes: temps des poussées actives, type d'analgésie, position foetale, utilisation d'ocytocine, suivi de l'accouchement, mode d'accouchement, pronostic de naissance, statut périnéal, pertes sanguines et poids de naissance du nouveau-né.

L'étude intègre les lésions de type I dans le groupe des PI. Une autre catégorie comprend les lésions de type II, III ainsi que les épisiotomies. L'outil de récolte des données concernant les issues périnéales n'est pas précisé. Le taux de lésions périnéales de chaque sage-femme impliquée dans le suivi a été comparé à celui des femmes hors étude. Cette information permet de vérifier si les soins des sages-femmes sont identiques, ce qui permet un ajustement des résultats si nécessaire. Les résultats sont analysés par le logiciel *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, ce qui a permis d'obtenir des odds ratio (OR), des tests de significativité appropriés et des intervalles de confiance de 95% ont été démontrés.

Éthique:

L'étude a été approuvée par le comité d'éthique local et a respecté le critère de l'anonymat. Les patientes ont donné leur consentement suite à des informations éclairées concernant la pratique du MP.

Résultats:

L'étude montre une corrélation entre le poids de naissance et l'âge maternel ($P=0.044$). Les auteurs observent que le taux de lésions périnéales et d'AVB instrumentés augmentent avec l'âge maternel. À chaque année en plus, les lésions périnéales et les instrumentations augmentent significativement en moyenne de 7.3% et de 6.6% respectivement ($P = 0.0002$ et $P = 0.0002$). Étant donné que l'âge maternel ainsi que le poids de naissance sont apparus comme des déterminants majeurs dans les issues périnéales et le mode d'accouchement, les auteurs les ont inclus comme variables d'ajustement dans l'analyse des résultats. Dans un premier temps, l'étude montre une réduction non significative dans le groupe du MP de 6.1% des lésions périnéales de type II et

III ($P = 0.073$) et de 6.3% d'instrumentations ($P = 0.094$). En prenant en compte les deux variables d'ajustement, les résultats sont statistiquement significatifs (OR 1:49, $P = 0.024$ et OR 1:41, $P = 0.034$). De plus, les chercheurs ressortent une corrélation entre l'efficacité du MP et l'âge maternel. Selon les chercheurs, les bénéfices du MP sont significativement plus apparents chez les femmes de ≥ 30 ans. Ils montrent une réduction significative des lésions périnéales II et III de 12,1% ($P = 0.019$) ainsi qu'une diminution des instrumentations de 12.9% ($P=0.036$). Cette différence n'est pas statistiquement significative chez les femmes du groupe MP de < 30 ans ($P = 0.336$ et $P = 0.432$ respectivement). D'un point de vue ethnique, la population caucasienne est plus encline à participer à l'étude en donnant son consentement, en comparaison aux autres ethnies ($P = 0.038$). Concernant l'observance (compliance) de la pratique du MP, le questionnaire du PP révèle que 32,9% des femmes assignées au MP ont été complètement compliantes, 52,1% partiellement et 15% n'ont pas fait le MP pour diverses raisons. Pas de différence entre les deux groupes n'a été démontrée concernant le temps des poussées, la durée de la deuxième phase du travail, l'APGAR et la position à l'AVB.

Forces et limites:

L'étude bénéficie d'un échantillon important qui est en adéquation avec la taille minimale nécessaire afin d'évaluer une différence statistiquement significative si présente. Cependant, les auteurs précisent que ce dernier n'est pas assez large pour analyser la pratique et l'observance du MP. Une autre force de cette étude est le recours à la randomisation et la participation à l'aveugle des professionnels de la santé. De plus, les pratiques des différentes sages-femmes sont presque similaires. Shipman et al. (1997) encouragent les femmes à tenir un carnet de bord de leur pratique quotidienne, mais ne favorisent pas régulièrement la compliance par d'autres moyens. Les auteurs ne définissent pas les différents types de lésions périnéales. De plus, il existe une différence d'âge maternel entre les deux groupes.

4.2. Étude 2

Auteurs et publication: Labrecque, M., Eason, E., Marcoux, S., Lemieux, F., Pinault, J.J., Feldman, P. & Laperrière, L. ont mené cette étude et sont formés dans le domaine médical (médecins et infirmière confirmée). Cette recherche a été publiée dans l'*American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Ce dernier est une *Peer-Reviewed* spécifique à l'obstétrique et à la gynécologie (AJOG, 2015).

Population et taille de l'échantillon:

Les auteurs ont intégré des primigestes ainsi que des femmes ayant déjà eu un AVB auparavant. Ils ont sélectionné des grossesses uniques, à bas risque entre 30 et 35 SG. Ils ont donc écarté les femmes ayant une grossesse à haut risque de césarienne, un antécédent de césarienne pour disproportion foeto-pelvienne, une grossesse multiple, un placenta praevia, une infection vaginale en cours, un retard de croissance intra-utérin, une présentation du siège, une pré-éclampsie, un MP effectué ultérieurement, une incapacité à parler français ou anglais et donc à comprendre les instructions.

Labrecque et al. (1999) ont également calculé la Sample Size et ont obtenu un seuil idéal de 976 nullipares et de 512 multipares. Ils ont recruté 1034 nullipares et 493 multipares, soit un total de 1522 femmes. Le nombre de multipares est donc insuffisant. 518 primipares et 245 multipares faisaient partie du groupe MP et 512 primipares ainsi que 241 multipares faisaient partie du groupe contrôle.

Type d'étude: C'est un essai clinique randomisé contrôlé multicentrique, simple aveugle.

Méthodologie de l'étude sélectionnée:

L'objectif de l'étude est d'évaluer les impacts du MP en lien avec les issues périnéales et le vécu des femmes. L'objectif primaire des auteurs était d'évaluer l'efficacité du MP durant la grossesse sur la prévention des traumatismes périnéaux à l'AVB. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer les effets du MP sur le taux d'épisiotomies, la gravité des déchirures périnéales et l'apparition de déchirures vulvo-vaginales. De plus, ils permettaient d'analyser l'impact du MP sur le sentiment de contrôle des femmes durant l'AVB et leur satisfaction en lien avec l'expérience de cette pratique. Les auteurs ont pris également compte d'autres variables pouvant avoir un impact sur les issues périnéales telles que la parité, le mode d'AVB, le type de professionnel effectuant l'AVB, le type d'analgésie, la durée de la deuxième phase du travail, la position et le poids foetal ainsi que l'observance de la pratique du MP.

Le recrutement de l'échantillon a été effectué en prénatal entre septembre 1994 et décembre 1995 parmi cinq hôpitaux de soins secondaires et tertiaires de la province du Québec. Les femmes ont été randomisées de manière aléatoire en deux groupes: un groupe intervention au sein duquel les femmes pratiquent le MP et remplissent un journal de bord avec le nombre de MP effectués ainsi que des commentaires et un groupe contrôle dans lequel les femmes ne le pratiquent pas. Les femmes ont été invitées à ne pas révéler leur groupe d'affectation à leurs médecins et ces derniers ont été priés de ne pas se renseigner

sur les groupes d'étude. Si le groupe a été divulgué par l'un ou l'autre, l'étude à l'aveugle était considérée comme un échec. La récolte des données a été exécutée à l'aide de questionnaires spécifiquement élaborés pour l'étude analysant les issues périnéales et le vécu des femmes suite à l'AVB.

Les auteurs décrivent la technique du MP en se basant sur l'étude d'Avery et Van Arsdale (1987). Le MP doit débuter entre 34 et 35 SG et être pratiqué tous les jours pendant 10 minutes avec de l'huile d'amande douce. Les auteurs ont également surveillé et encouragé l'observance des femmes durant la période de la pratique du MP par des appels téléphoniques hebdomadaires. Ils ont défini les catégories d'issues périnéales comme cité ci-dessous:

- Périnée intact = ne nécessitant pas de suture
- Déchirure de type I = nécessitant une suture que d'une seule couche de tissus
- Déchirure de type II = nécessitant une suture de plusieurs couches de tissus
- Épisiotomie = rupture artificielle des tissus sans extension

Les déchirures du IIIe et IVe degrés ne sont ni définies, ni différenciées, mais la différenciation se fait sur la pratique ou non d'une épisiotomie. Ils ont analysé le taux d'épisiotomie et de lésions périnéales de chaque intervenant après avoir instauré et communiqué une politique restrictive concernant la pratique de l'épisiotomie aux différents professionnels présents à l'AVB.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide de tests statistiques. La différence de résultats entre les groupes a été évaluée avec le *test du chi-carré*. L'intervalle de confiance à 95% et les différences absolues ont été calculées pour les issues primaires. Ils ont soit utilisé le *test du chi-carré* soit le *test exact de Fisher* afin de comparer les données par catégories. Le test du chi-carré a également été effectué pour analyser la conformité dans les deux groupes. Les moyennes et les écarts types ont été comparés avec le *Student t test* et les médianes ont été comparées avec le *test de Kruskal-Wallis*.

Éthique:

L'étude respecte le critère de l'anonymat. Toutes les femmes ont reçu des informations orales et écrites sur le type, les risques et bénéfices de la recherche et ont dû signer un consentement éclairé lorsqu'une intervention a eu lieu. L'étude a été approuvée par un comité d'éthique de recherche.

Résultats:

Selon les auteurs, les femmes primipares ayant pratiqué le MP ont significativement un taux de PI plus élevé comparé au groupe contrôle, avec une différence absolue de 9,2% ($P = 0.001$). De plus, ils observent une légère diminution statistiquement non significative du taux d'épisiotomie chez les primipares dans le groupe MP ($P = 0.71$). Cependant, les auteurs ne montrent pas d'effet bénéfique du MP statistiquement significatif sur l'incidence des déchirures III et IV (pas de valeur P mentionnée). L'incidence des PI à la naissance est significativement augmentée chez les femmes primipares ayant eu une bonne observance de la pratique du MP ($\geq \frac{2}{3}$ de la pratique conseillée et pratique rigoureuse) de la pratique du MP ($P = 0.0003$). Seuls 30% des femmes environ du groupe MP avaient une bonne compliance. Cependant, aucune différence n'est mise en évidence pour les femmes multipares.

Forces et limites:

L'étude est décrite de manière complète. Les termes en lien avec les issues périnéales sont précisément définis. Les auteurs ont un échantillon de primipares en adéquation avec la Sample Size calculée au préalable, cependant l'échantillon des multipares n'est pas suffisant. Un bon suivi de l'observance de la pratique du MP est présent, favorisant la conformité de la recherche. L'évaluation de la compliance ainsi que de la motivation des femmes reste cependant difficile. Les chercheurs ont instauré une politique restrictive de l'épisiotomie afin d'évaluer le réel impact du MP. Les auteurs prennent en considération les résultats de la pratique de MP sur les issues périnéales, mais également le vécu des femmes. L'étude est éthiquement correcte comme décrit plus haut. Dans quelques cas, le groupe d'appartenance des femmes a été révélé et le niveau d'éducation et de sensibilisation des femmes pratiquant le MP n'est pas représentatif de la population générale.

4.3. Étude 3**Auteurs et publication:**

Davidson, K., Jacoby, S. et Scott Brown, M. sont respectivement deux infirmières sages-femmes et un professeur universitaire. Cet article a été publié dans le *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* qui est un journal scientifique et technique *peer-reviewed* spécifique au domaine de l'obstétrique, de la gynécologie et de la néonatalogie (JOGNN, 2015).

Population et taille de l'échantillon:

Davidson et al. (2000) ont retenu des primipares ainsi que des multipares avec une grossesse unique à bas risque, en présentation céphalique et ayant accouché par voie basse à domicile sans épisiotomie entre 37 et 43 SG. L'échantillon est composé de 307 multipares et 61 primipares d'ethnie majoritairement caucasienne. 224 multipares et 45 primipares ont effectué le MP pendant leur grossesse. L'étude exclut les femmes n'ayant pas eu une rigueur suffisante dans cette pratique.

Type d'étude: Cet article est une étude rétrospective descriptive.

Méthodologie de l'étude:

L'objectif de cette étude est d'analyser les liens entre les lésions périnéales et treize variables qui pourraient avoir un impact sur ces dernières pendant l'AVB. Ces variables sont les suivantes: âge maternel, parité, prise de poids pendant la grossesse, hémocrite à terme, position à l'accouchement, durée de la deuxième phase du travail, antécédents d'épisiotomie et de déchirures périnéales, pratique du MP prénatal, poids de naissance du nouveau-né et présentation foetale. L'attention est principalement mise sur l'impact du MP anténatal. Le MP a été considéré comme pratiqué de manière rigoureuse si les patientes l'ont réalisé minimum trois fois par semaine. Ces dernières ont reçu un protocole écrit et des instructions orales de la part de la sage-femme quant à cette pratique.

Tous les AVB effectués à domicile entre 1979 et 1995 par deux sages-femmes ayant des pratiques presque identiques ont été recensés. Afin d'analyser l'impact de ces treize variables, l'échantillon a été divisé en deux groupes. Le premier comprend les PI ou les déchirures de type I (lésions mineures) et le deuxième est composé des déchirures de type II ou III (lésions sévères). La récolte de données s'est effectuée sur la base de l'analyse de tous les dossiers médicaux de chaque participante. En utilisant le test du chi carré, différentes analyses ont été effectuées afin d'évaluer l'implication de chaque variable sur les issues périnéales.

Éthique:

L'étude a respecté l'anonymat des participantes. Aucun consentement n'a été fait et les auteurs ne mentionnent aucune approbation de la part d'un comité d'éthique.

Résultats:

De manière générale, les auteurs montrent que les primipares ont significativement des lésions périnéales plus sévères que les multipares. Ces derniers montrent que quatre

facteurs sont significativement associés à l'incidence des déchirures périnéales chez les primipares: l'âge maternel, la position maternelle pendant l'AVB, la longueur de la deuxième phase du travail et la pratique du MP. Le groupe MP montre une diminution statistiquement significative du taux de lésions périnéales sévères (de type II ou III) chez les primipares ($P = 0.003$), ainsi que chez les multipares ayant un antécédent d'épisiotomie ($P = 0.05$). Le tableau 3 montre que les primipares ayant effectué le MP ont plus de lésions mineures ou de PI comparé aux primipares ne l'ayant pas effectué. Effectivement, les femmes n'ayant pas pratiqué le MP ont un taux de lésions sévères plus important, mais ce résultat n'a pas été analysé par les auteurs.

Forces et limites:

Les forces de cette étude sont les suivantes: l'étude bénéficie d'un large échantillon, les pratiques des deux sages-femmes analysées sont presque similaires, les AVB se déroulent uniquement à domicile ce qui élimine donc les variables intra-hospitalières (épisiotomie) et la pratique du MP a été validée uniquement si l'observance était bonne. Cependant, cet article contient quelques limites telles que le déséquilibre quantitatif existant entre les deux groupes, la population est uniquement caucasienne, l'observance du massage est difficilement évaluable en rétrospection et la population de cette étude concerne uniquement les femmes accouchant à domicile n'ayant pas eu d'épisiotomie. Le type d'étude rétrospective peut être considéré comme une limite dans l'interprétation des résultats. Les auteurs ne définissent pas les différents types de lésions périnéales et la technique de MP enseignée par les sages-femmes n'est pas détaillée.

4.4. Étude 4

Auteurs et publication:

Labrecque, M., Eason, E. & Marcoux, S. sont des personnes formées dans le domaine médical (médecins) et ont publié leur recherche dans l'*American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Ce dernier est une *Peer-Reviewed* spécifique à l'obstétrique et à la gynécologie (AJOG, 2015).

Population et taille de l'échantillon:

Les critères d'inclusion et d'exclusion sont les mêmes que pour Labrecque et al. (1999). Sur les 1198 femmes randomisées entre mars 1995 et février 1996, 949 ont répondu au questionnaire trois mois PP. Les auteurs mentionnent que les nullipares du groupe intervention ont plus de dyspareunies et d'incontinences urinaires au cours du troisième

trimestre de grossesse (aucune P value n'est mentionnée). De plus, les participantes ayant répondu au questionnaire ont un niveau d'éducation plus élevé ($P = 0,0001$).

Type d'étude: Essai randomisé et contrôlé simple aveugle multicentrique.

Méthodologie de l'étude sélectionnée:

Les auteurs ont ciblé leurs objectifs sur l'impact du MP en lien avec les issues périnéales. L'objectif principal de l'étude est d'évaluer les effets du MP effectué durant la grossesse sur les symptômes périnéaux trois mois après l'AVB. Ce travail est une étude au sein d'un essai contrôlé randomisé (Labrecque & al., 1999) et la méthode de recrutement est donc la même que ce dernier. La récolte de données a été effectuée à l'aide de deux questionnaires d'évaluation contenant des échelles de type *Likert*: le premier concernant l'état de leur périnée et les symptômes associés (incontinences, dyspareunies, douleurs périnéales) pendant la grossesse, et le second concernant la fonction périnéale à trois mois PP. Différents outils d'analyses ont été utilisés tels que le *Kruskal-Wallis test*, le test du chi carré, *the Mantel-Haenszel X2 test* et le *Student t test*.

Éthique:

L'étude a respecté le critère de l'anonymat. Les femmes étaient libres de répondre ou non aux deux questionnaires et avaient donné leur consentement ultérieurement (Labrecque et al., 1999).

Résultats:

Labrecque et al. (2000) constatent qu'il n'y a aucune différence statistiquement significative concernant les douleurs périnéales à trois mois PP entre les primipares du groupe intervention et celles du groupe contrôle ($P > 0.05$). Cependant, une réduction statistiquement significative des douleurs périnéales a été mise en évidence chez les multipares à trois mois PP ($P = 0,01$). Les auteurs ne montrent aucune différence statistiquement significative concernant les dyspareunies et les incontinences urinaires entre le groupe MP et le groupe contrôle chez les primipares ainsi que chez les multipares au troisième mois PP ($P > 0.05$).

Toujours selon les mêmes auteurs, la plupart des nullipares du groupe MP perçoivent une insatisfaction sexuelle de leur partenaire ($P > 0.05$). De plus, la majorité des femmes du groupe MP ayant déjà eu un AVB auparavant sont sexuellement moins satisfaites ($P < 0.05$). Aucune différence statistiquement significative n'est démontrée chez les primipares et les multipares en ce qui concerne la satisfaction sexuelle à trois mois PP ($P > 0.05$). De plus, le

MP n'influence pas le temps de reprise des rapports sexuels chez les primipares et les multipares ($P = 0.44$ et $P = 0.93$).

Forces et limites:

L'étude bénéficie d'un échantillon de femmes important et les questionnaires ont été spécifiquement élaborés pour cette analyse. La méthodologie et l'analyse des résultats sont rigoureuses et explicites. De plus, un suivi régulier des femmes est présent à court et long terme. Les auteurs font référence et se basent sur la littérature existante. La motivation des femmes est globalement similaire dans le groupe MP, mais cet aspect est difficilement évaluable de par son caractère subjectif. Les auteurs mentionnent quelques cas de non-réponse aux questionnaires des trois mois PP, mais 79% des participantes ont répondu. Une limite similaire à l'étude précédente (Labrecque et al., 1999) est la difficulté de généraliser ces résultats à une population ordinaire.

4.5. Étude 5

Auteurs et publication:

Labrecque, M., Eason, E. & Marcoux, S. sont formés dans le domaine médical (médecins) et ont publié leur recherche dans le *British Journal of Obstetrics and Gynecology* (BJOG). Ce dernier est une *peer-reviewed* qui publie divers articles originaux spécifiques à l'obstétrique et à la gynécologie (BJOG, 2008).

Population et taille de l'échantillon:

Les critères d'inclusion et d'exclusion sont les mêmes que pour l'étude de Labrecque et al. (1999). 763 femmes, dont 518 primipares et 245 multipares sont attribuées au groupe MP. 684 femmes, donc 90% d'entre elles, ont répondu au questionnaire PP concernant le vécu de la pratique du MP.

Type d'étude: Étude observationnelle transversale au sein d'un essai contrôlé randomisé multicentrique.

Méthodologie de l'étude sélectionnée:

L'objectif de l'étude est de déterminer comment les femmes pratiquant le MP pendant la grossesse ont évalué la technique. Les auteurs ont également émis des hypothèses en lien avec leur objectif et ont pu y répondre:

- Le score moyen des quatre échelles augmentera avec l'augmentation de la conformité du MP (Labrecque et al., 2001, traduction libre, p.500).

- Le score moyen de l'échelle de la relation avec le partenaire augmentera en lien avec une plus grande participation des conjoints (Labrecque et al., 2001, traduction libre, p.500).
- Le score moyen de l'échelle de l'effet du MP sur l'AVB diminuera avec l'augmentation des instrumentations (Labrecque et al., 2001, traduction libre, p.500).
- Le score moyen de l'échelle de l'effet du MP sur l'AVB sera plus élevé si le résultat périnéal est satisfaisant, chez les femmes accouchant par voie basse (Labrecque et al., 2001, traduction libre, p.500).

Le travail de Labrecque et al. (2001) est une étude au sein d'un essai contrôlé randomisé (Labrecque et al., 1999) et la méthode de recrutement est donc la même que ce dernier. La récolte de données a été effectuée à l'aide de deux questionnaires, élaborés spécialement pour l'étude, remplis par les femmes au PP. Le premier concernant la fréquence et la durée de la pratique du MP ainsi que la personne l'ayant effectué et le second concernant leur point de vue sur la pratique du MP (acceptabilité, préparation à la naissance, relation avec le partenaire, probabilité de le réitérer et effet du MP sur l'AVB).

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide de tests statistiques. Ils ont classifié les variables analysées afin de créer des échelles d'évaluation de type *Likert* puis les ont fait valider par des experts. Afin de tester les hypothèses émises, les chercheurs ont utilisé le test de variance *ANOVA*. Pour évaluer les différences entre les répondeurs et les non-répondeurs, le *Student t test* ainsi que le *test du chi-carré* ont été utilisés. De plus, l'évaluation de la conformité et de la participation du partenaire dans la pratique du MP ont été effectuées à l'aide du journal de bord rempli quotidiennement par les femmes. Dans le but de compléter les résultats quantitatifs de l'étude, les auteurs ont également analysé les commentaires retranscrits dans le journal de bord.

Éthique:

L'étude de Labrecque et al. (2001) a respecté le critère de l'anonymat et les femmes étaient libres de répondre ou non aux deux questionnaires.

Résultats:

La majorité des femmes ont jugé la pratique du MP comme étant modérément acceptable avec une moyenne de 4,09 /6. 79% d'entre elles le réitéreraient et 87% le conseilleraient. Elles ont également jugé l'utilité de la pratique comme étant relativement positive concernant son effet sur la préparation à la naissance et sur l'AVB (score moyen

4,34 /6). Les auteurs ajoutent que l'acceptabilité de la pratique du MP est associée à l'observance de manière statistiquement significative ($P = 0,0001$). Effectivement, les femmes ayant effectué le MP moins d'un tiers du temps de pratique conseillé ressentaient moins de satisfaction (score moyen de 3,4 /6 comparé à 4.3 /6). L'une des variables traitant l'acceptabilité était la présence de douleurs occasionnées par la pratique. Les chercheurs montrent que la douleur diminue en 2-3 semaines de pratique. De plus, il est observé que les femmes ont une mauvaise perception de la pratique du MP sur la naissance lorsqu'elles ont subi une césarienne ou une lésion périnéale sévère. Concernant l'implication du partenaire, selon l'étude, le vécu des femmes lors de la pratique du MP est significativement plus favorable lorsque le partenaire y participe ($P = 0.0001$). Pour terminer, les hypothèses en lien avec leur objectif sont toutes confirmées, sauf celle de la relation au partenaire qui est infirmée.

Forces et limites:

L'étude est décrite de manière complète. Les auteurs ont un large échantillon de femmes faisant partie du groupe MP. Ils ont mis en place un bon suivi à long terme particulièrement de par le questionnaire envoyé à trois mois PP. Le questionnaire, spécifiquement conçu pour l'étude, a été testé afin de prouver sa validité et est décrit comme étant cohérent. Les auteurs prennent en compte les biais de leur étude dans les résultats. De plus, ils se basent et comparent leurs résultats avec d'autres études menées. L'étude est éthiquement correcte comme décrit plus haut.

En ce qui concerne les limites, l'analyse des résultats peut être difficile de par le déroulement et les issues de l'AVB. Effectivement, les résultats peuvent varier de manière positive ou négative selon le vécu de l'AVB. De plus, seules les femmes ayant un haut niveau de motivation ont ajouté des commentaires spontanément dans le journal de bord. 10 % des participantes n'ont pas répondu au questionnaire. Tout ceci indique que les résultats ne sont donc pas applicables à toutes les femmes.

4.6. Étude 6

Auteurs et publication:

Mei-Dan, E., Walfisch, A., Raz, I., Levy, A. & Hallak, M. sont formés dans le domaine médical (médecins et infirmière confirmée) et ont publié leur recherche dans *The Israël Medical Association Journal*. Ce dernier est une *Peer-Reviewed* spécifique à l'obstétrique et à la gynécologie (IMAJ, 2015).

Population et taille de l'échantillon:

Les auteurs ont intégré dans leur étude uniquement des femmes au cours de leur première grossesse. Ils ont sélectionné des grossesses uniques, à bas risque et qui se situent entre 30 et 34 SG. Ils ont donc écarté les femmes ayant un antécédent de chirurgie vaginale, une grossesse multiple, des difficultés de communication et utilisant une autre huile de massage pendant la grossesse en cours. Les auteurs ont calculé la Sample Size et ont obtenu un seuil minimal de 180 femmes, dont 90 dans chaque groupe afin de pouvoir observer un résultat significatif. Ils ont recruté 234 femmes nullipares, dont 128 dans le groupe MP et 106 dans le groupe contrôle.

Au sein de leur étude, l'âge maternel est significativement plus élevé dans le groupe intervention que dans celui du groupe contrôle ($P < 0.05$). De plus, l'âge gestationnel et le poids de naissance dans le groupe MP sont également plus élevés ($P = 0,03$ et $P = 0,06$).

Type d'étude:

Essai unicentrique prospectif contrôlé, simple aveugle. Malgré la répartition des femmes en deux groupes, cette étude ne peut pas être considérée comme étant un essai clinique randomisé étant donné que les femmes ont pu choisir leur groupe d'appartenance.

Méthodologie de l'étude sélectionnée:

Les chercheurs ont ciblé leurs objectifs sur l'impact du MP en lien avec les issues périnéales. L'objectif primaire des auteurs est de déterminer si le MP augmente les chances d'accoucher avec un PI. L'objectif secondaire est d'évaluer les effets du MP, d'une part sur les sites spécifiques de déchirures et sur la gravité des déchirures périnéales, et d'autre part sur la quantité de matériels de suture nécessaire à la reconstruction des tissus. Les auteurs ont également émis une hypothèse en lien avec leurs objectifs et ont pu y répondre: la probabilité d'un PI après un AVB va augmenter de 10% chez les primipares pratiquant le MP durant les dernières semaines de grossesse. Les auteurs ont pris également en compte d'autres variables pouvant avoir un impact sur les issues périnéales comme le mode d'AVB, le type d'analgésie, la position et le poids foetal. Le recrutement de l'échantillon des femmes du groupe intervention a été effectué principalement durant la période prénatale lors des cours de PAN entre la 30-34ème SG, tandis que celui des femmes du groupe contrôle a été réalisé en salle d'accouchement après vérification qu'aucun MP n'ait été effectué pendant la grossesse. Les femmes ont pu choisir leur groupe d'appartenance et ont été invitées à ne pas le révéler au personnel soignant. De plus, les professionnels de la santé ont été priés de ne pas investiguer sur cette répartition. Toutes les sages-femmes ont effectué un MP au cours de la seconde phase du travail, lors du petit couronnement, chez toutes les

participantes. Cette étude décrit une technique de MP quasiment identique à celle de Avery et Van Arsdale (1987), mais ne cite pas de référence. En ce qui concerne la catégorisation des lésions périnéales, les auteurs ont regroupé leurs résultats en plusieurs classes: PI, déchirures (lésions sans suture, I, II, III ou IV) ou épisiotomies.

La récolte de données a été exécutée à l'aide de questionnaires remplis dans un premier temps par le médecin après l'AVB en indiquant l'état périnéal ainsi que la pratique ou non d'une épisiotomie. Dans un deuxième temps, les femmes ont également rempli un questionnaire en précisant le vécu de l'AVB et de la pratique du MP. Ce questionnaire d'évaluation de l'expérience utilise une échelle de type Likert, mais n'est pas davantage développé au sein de l'étude. Les participantes du groupe MP ont également dû tenir un journal de bord quotidien à des fins de conformité. Elles recevaient aussi des appels téléphoniques hebdomadaires par un coordinateur de l'étude afin d'améliorer et de renforcer la compliance de la pratique.

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel *SPSS* (Chicago, USA). Les *tests chi-carré* et *Fischer* ont été utilisés le cas échéant. Le test *ANOVA* a aussi été effectué pour traiter les variables continues. La valeur $P < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative.

Éthique:

L'étude de Mei-Dan et al. (2008) respecte le critère de l'anonymat. Toutes les femmes ont reçu des informations orales et écrites sur le type, les risques et bénéfices de la recherche et ont dû signer un consentement éclairé lorsqu'une intervention avait eu lieu. L'étude a été approuvée par le conseil d'examen institutionnel local.

Résultats:

Selon les auteurs, le taux de PI est inférieur chez les femmes primipares du groupe MP, mais ce résultat n'est pas statistiquement significatif ($P = 0,12$). Ils montrent une augmentation statistiquement significative des lésions périnéales antérieures chez les primipares faisant partie du groupe MP ($P = 0,05$). Toujours chez les primipares, les auteurs décrivent une baisse statistiquement non significative des taux de déchirures I ($P = 0,39$) et des déchirures latérales ($P = 0,44$) ainsi qu'une augmentation du taux de déchirures II ($P = 0,39$). Les auteurs se penchent aussi sur le taux d'épisiotomies. Il en ressort qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le nombre d'épisiotomies du groupe intervention et celui du groupe contrôle. Le taux d'épisiotomies n'est que légèrement plus élevé dans le groupe intervention ($P = 0,83$). En ce qui concerne l'incidence des

instrumentations, Mei-Dan et al. (2008) font figurer dans leur tableau 1 un taux d'AVB instrumentés ainsi qu'un taux de césariennes significativement plus élevé dans le groupe MP incluant uniquement les primipares ($< 0,05$ et $P < 0.05$).

Les auteurs se sont intéressés à l'acceptabilité des femmes vis-à-vis de la pratique du MP. Ils mettent en évidence que 90% des participantes ont déclaré qu'elles réitéreraient le MP lors d'une prochaine grossesse.

Forces et limites:

Les chercheurs ont un échantillon en adéquation avec la Sample Size calculée au préalable, mais qui reste le plus petit échantillon des articles quantitatifs sélectionnés. Ils ont mis en place un bon suivi de l'observance de la pratique du MP et ont également surveillé la rédaction rigoureuse du carnet de bord garantissant la conformité de la recherche. Cependant, l'évaluation de la compliance reste difficile. L'étude est éthiquement correcte comme décrit plus haut.

Quelques limites sont recensées au sein de cette étude. Les femmes ont pu choisir leur groupe d'affectation, donc aucune randomisation n'a été effectuée. De plus, les participantes à l'étude ont été recrutées à des moments différents. Les femmes ont été recrutées lors des cours de PAN pour le groupe MP et en salle d'accouchement pour le groupe contrôle. Il en ressort que les caractéristiques des femmes entre les deux groupes n'étaient pas homogènes (âge maternel, âge gestationnel, poids de naissance, mode d'AVB). Les auteurs ne définissent pas les différents termes en lien avec les issues périnéales.

4.7. Étude 7

Auteurs et publication:

Ismail, S.I.M.F. et Emery, J.S. sont les deux auteurs de ce travail et sont des médecins spécialisés en uro-gynécologie. Cet article a été publié dans le *Journal of Obstetric and Gynaecology* qui est une *Peer-Reviewed* spécifique à l'obstétrique et à la gynécologie (informa healthcare, 2014).

Population et taille de l'échantillon:

Les critères d'inclusion de cette étude sont les suivants: primipares ayant accouché par voie basse et ayant pratiqué le MP anténatal dès 34 SG, 5-10 minutes par jour. Afin de pouvoir détecter une différence de résultats statistiquement significative, la taille de

l'échantillon devait contenir au minimum 107 patientes. L'échantillon de cette étude comprend 113 femmes venant d'un milieu urbain et rural.

Type d'étude:

Les auteurs ne précisent pas la nature de leur étude au sein de leur travail. La lecture de ce dernier suggère un type d'étude unicentrique mixte transversale de par ses caractéristiques qualitatives et quantitatives.

Méthodologie de l'étude sélectionnée:

L'objectif de cette recherche est d'investiguer la vision des femmes primipares dans leur pratique quotidienne du MP anténatal et déterminer leur niveau de connaissance sur le sujet. L'intérêt de cette étude est d'analyser ce vécu chez des femmes qui ne sont pas informées en détail sur cette pratique. Effectivement, au sein de l'étude de Labrecque et al. (2001), les participantes ont reçu beaucoup d'informations concernant les issues périnéales et la pratique du MP, ce qui ne reflète pas la population générale. Aucune étude n'a analysé le vécu de cette pratique chez des femmes peu renseignées à ce sujet. Un questionnaire a été élaboré spécifiquement pour cette étude et a été distribué aux primipares quelques jours après leur AVB. Les femmes le recevant ont pratiqué le MP tel que Labrecque et al. (2001) l'ont décrit. Une étude pilote a été dirigée dans le but de rendre le questionnaire compréhensible, mais ce dernier n'a pas été validé en tant que tel. Une échelle de Likert sur 5 points a été utilisée afin d'évaluer l'acceptabilité du MP. Le pouvoir statistique de cette étude se base sur celui de Labrecque et al. (2001) qui est de 64% de femmes qui admettent que le MP est acceptable, calculé par Ismail et Emery (2013).

Discussion:

Dans la partie discussion, les auteurs partagent les changements qui pourraient être mis en place afin d'augmenter la conscience et les connaissances des femmes sur cette pratique du MP pendant la grossesse. Différentes hypothèses sont émises. Ces propositions seront approfondies dans la partie discussion de ce travail.

Éthique:

L'anonymat des questionnaires est respecté et les participantes étaient libres de répondre ou non aux questions. Les auteurs ont reçu l'approbation du comité de recherche et de développement de l'hôpital. L'étude ne mentionne pas les informations transmises aux participantes concernant la recherche effectuée ainsi que sur la pratique du MP.

Résultats:

Cette étude montre que 60% des femmes primipares considèrent le MP comme étant acceptable, cependant ce résultat est non significatif ($P > 0.05$) par rapport aux 64% de l'étude de Labrecque et al. (2001). 56% sont satisfaites que leur partenaire le pratique et un peu plus de 25% des femmes le considèrent comme embarrassant. Les résultats montrent peu de connaissances en lien avec la pratique du MP chez les femmes n'ayant pas reçu d'information à travers la recherche effectuée. Uniquement 5 patientes (4.4%) avaient une connaissance complète de cette pratique (fréquence, temps, technique). Les cours de PAN ainsi que la collaboration des sages-femmes sont les sources d'informations principales des femmes sur cette pratique. Cette étude observe qu'une sensibilisation et une éducation à la pratique du MP seraient bénéfiques.

Forces et limites:

Les chercheurs ont donné que peu d'informations aux participantes sur la pratique du MP. Cette démarche est un point fort de l'étude dans le but de cibler une population générale et ainsi répondre à l'objectif posé. Les auteurs font référence à la littérature existante et émettent beaucoup de propositions dans le but de pallier à un manque de sensibilisation et d'éducation de la prévention périnéale des femmes enceintes.

Les auteurs énoncent que l'exploration du vécu des patientes est plus limitée face à celle effectuée par Labrecque et al. (2001). De plus, cette étude unicentrique contient uniquement une population intra-hospitalière. Un autre point faible énoncé dans l'article est le taux de réponse au questionnaire qui est bas (37,7%). Une limite qui peut être ajoutée est la non-description du type d'étude en question. De plus, beaucoup de questions restent en suspens concernant les caractéristiques de ces femmes (début de la pratique du MP, temps et fréquence du massage).

5. Analyse critique des résultats

5.1. Les impacts du MP sur les lésions périnéales

Il ressort trois études randomisées simples aveugles (Labrecque et al., 1999 ; Labrecque et al., 2001 ; Shipman et al., 1997). Afin d'aborder la thématique du MP, il est inévitable que les femmes connaissent leur groupe d'attribution étant donné leur rôle d'actrice dans la pratique de ce massage. Une étude dite à double aveugle permet de limiter un maximum les biais, contrairement à une étude simple aveugle, ce qui peut influencer l'analyse suivante des résultats quantitatifs.

5.1.1. Incidence des périnées intacts :

Selon Labrecque et al. (1999), les femmes primipares qui ont pratiqué le MP ont significativement un taux plus élevé de PI comparé au groupe contrôle ($P = 0.001$). Aucune différence n'est mise en évidence pour les femmes multipares. Cependant, l'étude de Mei-Dan et al. (2008) montre un taux de PI qui est inférieur chez les femmes primipares du groupe massage, mais ce résultat n'est pas statistiquement significatif ($P = 0.12$). Cette divergence de résultats peut être en lien avec la différence de taille d'échantillon existante entre les deux études. La taille d'échantillon de Labrecque et al. (1999) est 4x plus grande que celle de Mei-Dan et al. (2008). Avec un échantillon plus grand, Mei-Dan et al. (2008) auraient pu affirmer ou infirmer de manière significative cette différence de résultats. De plus, les différences des caractéristiques (âge maternel, terme de la grossesse, poids de naissance, instrumentations plus élevés dans le groupe intervention) entre les deux groupes de l'étude de Mei-Dan et al. (2008) ont pu avoir une influence sur ces résultats en augmentant le risque de traumatismes périnéaux dans le groupe MP. Ces différences de caractéristiques entre le groupe MP et le groupe contrôle peuvent être la conséquence d'une répartition qui ne s'est pas faite de manière aléatoire et à des moments divergents. Cette différence de résultats aurait pu s'expliquer également par une hétérogénéité de caractéristiques maternelles (âge maternel) ou obstétricales (âge gestationnel à l'AVB, poids de naissance, recours à la péridurale) entre les deux articles. Cependant, les différences de caractéristiques existantes n'expliquent pas cette contradiction de résultats.

5.1.2. Impacts du MP sur le degré et le type de déchirures périnéales:

Les études analysant l'efficacité du MP suite à l'AVB ont toutes précisé différentes catégories d'issues périnéales. Ces catégorisations sont souvent différentes les unes des autres, ce qui peut induire un biais et des différences dans l'analyse des résultats de cette revue de la littérature. Effectivement, selon Davidson et al. (2000), les deux groupes

analysés sont le taux de PI, qui regroupe les lésions de type I, ainsi que les lésions de type II et III. De plus, ces derniers avaient comme critère d'exclusion la pratique de l'épisiotomie. Shipman et al. (1997), ont également intégré les lésions de type I dans le groupe des PI, mais l'autre groupe comprend les lésions de type II, III ainsi que les épisiotomies. Ces classifications ne sont pas définies. Labrecque et al. (1999) sont les seuls à définir leurs différentes catégories d'issues périnéales qui sont les PI, les déchirures I, les déchirures II et les épisiotomies. Les déchirures du IIIe et IVe degré ne sont pas définies, mais sont différenciées si elles sont accompagnées ou non d'une épisiotomie. Mei-Dan et al. (2008) ont regroupé leurs résultats en plusieurs catégories quasiment identiques à Labrecque et al. (1999): PI, les déchirures I, les déchirures II, les épisiotomies ainsi que les déchirures III et IV qui ont été regroupées.

Selon Davidson et al. (2000), le groupe MP montre une diminution statistiquement significative du taux de lésions périnéales sévères (de type II ou III) chez les primipares ($P = 0.003$), ainsi que chez les multipares ayant eu un antécédent d'épisiotomie ($P = 0.05$). De par le résultat concernant les primipares ayant effectué le MP, il en ressort une diminution de ces lésions sévères engendrant ainsi une augmentation non significative des lésions mineures (PI et déchirure I). Ce constat rejoint celui de Labrecque et al. (1999) concernant l'incidence des PI qui augmente significativement chez les primipares du groupe MP comme décrit ultérieurement. Ces derniers ne montrent pas d'effet bénéfique du MP sur l'incidence des déchirures III et IV chez les primipares et chez les multipares. Cette différence de résultats concernant les déchirures périnéales sévères chez ces deux groupes d'auteurs peut s'expliquer par leurs classifications et leurs tailles d'échantillons divergentes. De plus, dans l'étude de Davidson et al. (2000), le groupe des multipares est cinq fois plus important que celui des nullipares (307 multipares VS 61 nullipares), ce qui peut induire un biais dans la validité des résultats. Une étude prospective permet de définir au préalable les données et les variables à étudier, témoignant d'une certaine qualité. L'article de Davidson et al. (2000) est une étude rétrospective descriptive, ce qui peut constituer un biais étant donné que ce type d'étude est à risque de données manquantes, contrairement à une étude prospective telle que l'étude de Labrecque et al. (1999).

De plus, Mei-Dan et al. (2008) montrent une augmentation statistiquement significative des lésions périnéales antérieures chez les primipares faisant partie du groupe du MP ($P = 0.05$). L'étude décrit chez la même population une diminution statistiquement non significative des taux de déchirures de types I et des déchirures latérales ($P = 0.39$ et $P = 0.44$) ainsi qu'une augmentation du taux de déchirures de type II ($P = 0.39$) contrairement à ce qu'observent Davidson et al. (2000). Ces derniers résultats pourraient être expliqués par

le fait que certaines variables (âge maternel, terme de la grossesse, poids de naissance, instrumentations et césariennes) sont supérieures dans le groupe massage de l'étude de Mei-Dan et al. (2008). De plus, une différence ethnique est présente ce qui pourrait influencer les issues périnéales.

Uniquement Davidson et al. (2000) montrent une diminution des déchirures chez les multipares avec un antécédent d'épisiotomie ayant pratiqué le MP. Pourtant Labrecque et al. (1999) avaient aussi pris connaissance des antécédents obstétricaux de chaque patiente, mais n'en ont apparemment pas tiré de lien.

5.1.3. Incidence des épisiotomies:

Davidson et al. (2000) ont exclu les femmes ayant subi une épisiotomie et l'étude de Shipman et al. (1997) a inclus les épisiotomies aux déchirures de type II et III. De ce fait, ces deux études ne peuvent pas analyser l'impact du MP sur l'incidence de l'épisiotomie.

Deux études analysent le taux d'épisiotomies en lien avec le MP (Labrecque et al., 1999, Mei-Dan et al., 2008). Il en ressort qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le nombre d'épisiotomies du groupe d'intervention et du groupe contrôle. Effectivement, le taux d'épisiotomies n'est que légèrement plus élevé dans le groupe d'intervention ($P = 0,83$) dans l'étude de Mei-Dan et al. (2008), ce qui peut être en lien avec l'âge maternel, l'âge gestationnel, le poids de naissance et les instrumentations qui sont plus élevés dans ce groupe. Selon Labrecque et al. (1999), une légère diminution statistiquement non significative du taux d'épisiotomies est démontrée chez les primipares du groupe MP ($P = 0.71$).

5.2. Les impacts du MP sur les instrumentations

Mei-Dan et al. (2008) font figurer dans leur tableau 1 un taux d'AVB instrumentés ainsi qu'un taux de césariennes significativement plus élevés dans le groupe massage incluant uniquement des primipares ($P < 0.05$ et $P < 0.05$). Ces résultats sont vraisemblablement la conséquence d'aucune randomisation préalable effectuée. De plus, les femmes constituant le groupe contrôle ont été recrutées au moment de l'AVB. Shipman et al. (1997) montrent des résultats contradictoires à ceux de Mei-Dan et al. (2008) après l'ajustement de certaines variables, qui sont discutées ci-dessous. Dans l'étude de Labrecque et al. (1999), les instrumentations sont prises en considération, mais ne sont pas discutées dans leurs résultats et aucune valeur statistique n'est mentionnée. De ce fait, ce résultat ne peut pas être comparé aux autres données.

5.3. Facteurs influençant les impacts du MP sur les lésions périnéales et les instrumentations

Shipman et al. (1997) montrent que l'âge maternel est supérieur dans le groupe massage ($P = 0.039$). Ils observent une corrélation entre le poids de naissance et l'âge maternel ($P = 0.044$). De plus, ces derniers observent que le taux de lésions périnéales et d'AVB instrumentés augmentent avec l'âge maternel des primipares. Chaque année supplémentaire, les lésions périnéales et les instrumentations augmentent significativement en moyenne de 7.3% et de 6.6% respectivement ($P = 0.0002$ et $P = 0.0002$). Étant donné que l'âge maternel ainsi que le poids de naissance sont apparus comme des déterminants majeurs dans les issues périnéales et le mode d'accouchement, les auteurs les ont inclus comme variables d'ajustements dans l'analyse des résultats. Dans un premier temps, Shipman et al. (1997) montrent une réduction non significative dans le groupe du MP de 6.1% des lésions périnéales de type II et III ($P=0.073$) et de 6.3% d'AVB instrumentés ($P = 0.094$). En prenant en compte les deux variables d'ajustement, les résultats sont statistiquement significatifs (OR 1:49, $P = 0.024$; OR 1:41, $P = 0.034$ respectivement). Shipman et al. (1997) ressortent une corrélation entre l'efficacité du MP et l'âge maternel. Selon les chercheurs, les bénéfices du MP sont significativement plus apparents chez les femmes de ≥ 30 ans. Ils montrent une réduction des lésions périnéales II et III de 12,1% ($P = 0.019$) et une diminution des instrumentations de 12,9% ($P = 0.036$). Ces différences ne sont pas statistiquement significatives chez les femmes du groupe massage de < 30 ans ($P = 0.336$ et $P = 0.432$ respectivement).

De plus, Davidson et al. (2000) prouvent de manière générale que les femmes primipares ont significativement des lésions périnéales plus sévères que les multipares ($P = 0.0001$). Dans un premier temps, les auteurs ont observé une différence statistiquement significative entre les femmes > 20 ans et celles < 20 ans (parité confondue). Pour Davidson et al. (2000), les femmes âgées de moins de 20 ans avaient significativement plus de traumatismes périnéaux. Cependant, ces derniers ont observé que ce groupe était principalement composé de primipares. Après analyse des deux variables séparément, il apparaît qu'aucune différence statistiquement significative n'est présente. Les femmes primipares ont donc effectivement plus de lésions périnéales. Ce résultat est difficilement interprétable étant donné la petite taille d'échantillon (61 primipares). Le calcul d'une *Sample Size* aurait été intéressant à effectuer dans l'étude de Davidson et al. (2000) afin de renforcer ce résultat et ainsi d'équilibrer quantitativement la répartition entre primipares et multipares.

5.4. Les impacts du MP sur la vie quotidienne de la femme en prénatal

5.4.1. Acceptabilité:

Les trois articles traitant l'acceptabilité de la pratique du MP montrent qu'elle est acceptable du point de vue des participantes. Selon Labrecque et al. (2001), la majorité des femmes ont jugé la pratique du MP comme étant modérément acceptable avec une moyenne de 4,09 / 6. 79% d'entre elles le réitéreraient et 87% le conseilleraient, primipares et multipares confondues. Le questionnaire utilisé par ces dernières est complet et spécifique à une évaluation de l'expérience de la pratique du MP. Ce résultat est renforcé par celui de Mei-Dan et al. (2008) qui mentionnent que 90% des participantes ont déclaré qu'elles réitéreraient le MP lors d'une prochaine grossesse et ainsi que celui d'Ismail et Emery (2013) qui ont constaté que 60% des femmes primipares peu informées sur cette pratique le considèrent comme étant acceptable. Ces derniers ont calculé la puissance de leur étude ainsi que celle de Labrecque et al. (2001), à respectivement 60% et 64%. Ils ont basé leur résultat sur celui de Labrecque et al. (2001) et en ont conclu que ces 60% n'étaient pas un résultat statistiquement significatif. Il est difficile de discuter de ces résultats étant donné que les auteurs ne précisent pas la nature des informations transmises aux femmes concernant la pratique du MP. Cependant, le questionnaire d'Ismail et Emery (2013) n'est pas considéré comme étant valide en ce qui concerne la clarté et la compréhension des données, ce qui est une limite dans l'interprétation de leurs résultats. De plus, celui de Mei-Dan et al. (2008) n'est pas détaillé au sein de l'étude. Labrecque et al. (1999) ont également montré que les femmes ont jugé l'utilité de la pratique comme étant relativement positive concernant son effet sur la préparation à la naissance et sur l'AVB (score moyen de 4,34 /6). Seul ce groupe d'auteurs a analysé la préparation à la naissance en lien avec la pratique du MP pendant la grossesse.

5.4.2. Relation au partenaire et satisfaction sexuelle:

Selon Labrecque et al. (2001), le vécu des femmes lors de la pratique du MP est significativement plus favorable lorsque le partenaire y participe ($P = 0.0001$). Ismail et Emery (2013) appuient cette affirmation en énonçant que 56% des femmes étaient satisfaites de la participation de leur partenaire. Selon Labrecque et al. (2000), la plupart des nullipares du groupe MP perçoivent une insatisfaction sexuelle de leur partenaire pendant la grossesse. La majorité des femmes du groupe MP ayant déjà eu un AVB auparavant sont sexuellement moins satisfaites. La satisfaction sexuelle pendant la grossesse est uniquement discutée par Labrecque et al. (2000).

5.5. Les impacts de l'observance sur la pratique du massage périnéal

Selon Labrecque et al. (1999), l'incidence de PI à la naissance est significativement augmentée chez les femmes primipares ayant eu une bonne observance ($\geq \frac{2}{3}$ de la pratique conseillée et pratique rigoureuse) de la pratique du MP ($P = 0.0003$). Selon deux études, seuls 30% des femmes environ du groupe MP avaient une bonne compliance (Labrecque et al., 1999 ; Shipman et al., 1997). L'observance a été encouragée par Labrecque et al. (1999) à l'aide d'appels téléphoniques hebdomadaires ainsi qu'en invitant les participantes à tenir un journal de bord. Shipman et al. (1997) ont également encouragé les participantes à tenir un journal afin d'améliorer et de renforcer la conformité de la pratique. De ce fait, les deux groupes d'auteurs ont ainsi obtenu les mêmes taux d'observance. Ces résultats peuvent être influencés positivement par la participation à l'étude, ce qui peut constituer un biais.

De plus, Labrecque et al. (2011) précisent que l'acceptabilité de la pratique du MP est associée avec l'observance de manière statistiquement significative ($P = 0,0001$). Effectivement, les femmes ayant effectué le MP moins d'un tiers du temps de la pratique conseillée ressentaient moins de satisfaction (score moyen de 3,4 /6 comparé à 4.3 /6). L'une de leurs variables concernant l'acceptabilité était la présence de douleurs occasionnées par la pratique. Les chercheurs montrent que les douleurs diminuent en 2-3 semaines de pratique. Cette étude est la seule à corréler l'acceptabilité et la compliance de la pratique du MP anténatal.

5.6. Les impacts du MP sur la vie quotidienne de la femme au post-partum

5.6.1. Douleurs périnéales, dyspareunies et reprise des rapports sexuels:

Labrecque et al. (2000) constatent qu'il n'y a aucune différence statistiquement significative concernant les douleurs périnéales et dyspareunies à trois mois PP entre les primipares du groupe intervention et celles du groupe contrôle ($P > 0.05$). Cependant, une réduction statistiquement significative des douleurs périnéales a été mise en évidence chez les multipares à trois mois PP ($P = 0,01$), mais aucune différence n'est ressortie concernant l'incidence des dyspareunies ($P > 0.05$). De plus, aucune différence statistiquement significative n'est démontrée chez les primipares et multipares en ce qui concerne la satisfaction sexuelle à trois mois PP ($P > 0.05$). Le MP n'influence pas non plus le temps de la reprise des rapports sexuels chez les primipares et les multipares ($P = 0.44$ et $P = 0.93$) (Labrecque et al., 2000). Labrecque et al. (2000) sont les seuls à avoir évalué ces caractéristiques. Ces données ne peuvent donc pas être comparées à d'autres résultats,

mais leurs valeurs sont renforcées par la taille d'échantillon importante de l'étude, un taux de réponse au questionnaire important ainsi que par une méthodologie rigoureuse.

5.6.2. Incontinences urinaires:

Labrecque et al. (2000) sont les seuls à mettre en lien l'impact du MP pendant la grossesse et l'incidence d'incontinences urinaires au PP. Ces derniers ne montrent aucune différence statistiquement significative entre le groupe MP et le groupe contrôle chez les primipares ainsi que chez les multipares au troisième mois PP ($P > 0.05$). Ces données ne peuvent pas être comparées à d'autres résultats, mais leurs valeurs sont renforcées par la taille d'échantillon importante de l'étude, un taux de réponse au questionnaire important ainsi que par une méthodologie rigoureuse.

6. Discussion

Dans un premier temps, il serait important de mener une étude comparative des différentes techniques de MP anténatal qui pourrait exister (début de la pratique, fréquence, temps, gestes du MP) afin de proposer aux femmes la méthode la plus optimale.

6.1. L'incidence des périnéas intacts et des déchirures périnéales

L'analyse précédente montre une hétérogénéité des résultats selon les différents auteurs. La plupart des études montrent un effet bénéfique significatif du MP sur le périnée chez les primipares principalement (Davidson et al., 2000 ; Labrecque et al., 1999 ; Mei-Dan et al., 2008 ; Shipman et al., 1997). Cependant, les résultats restent différents et de ce fait très peu de consensus n'est présent dans la spécificité de ces derniers. La revue de littérature systématique de Beckmann et Stock (2013) confirment le fait que le MP prénatal est associé à une diminution de 9% des lésions périnéales nécessitant une suture (traduction libre, p. 7). Seule une étude sélectionnée révèle des données contradictoires, qui peuvent être en lien avec les biais énoncés dans l'analyse de ce travail (Mei-Dan et al., 2008). Il est démontré que les effets bénéfiques du MP sont renforcés par une bonne observance des femmes primipares le pratiquant malgré le fait que peu d'entre elles l'exécutent de manière régulière et rigoureuse (Labrecque et al., 1999). Il serait intéressant que des études supplémentaires soient effectuées concernant cette corrélation existante entre une bonne compliance de la pratique du MP et l'augmentation du taux de PI. Un échantillon important serait indispensable et le recrutement de femmes motivées à le pratiquer serait bénéfique afin d'observer le réel impact du MP accompagné d'une bonne observance. Effectivement, un bénéfice statistiquement significatif ressort de ces études, malgré qu'uniquement 30% des femmes aient effectué le MP de manière rigoureuse. Il se peut que le taux de compliance augmente en mettant en place des moyens d'encouragements supplémentaires auprès des patientes. Ismail et Emery (2013) observent un manque de sensibilisation et d'éducation auprès des patientes concernant la pratique du MP. Effectivement, nous observons que la pratique du MP n'est que très peu explicitée dans les ouvrages publics. Étant donné les bénéfices démontrés de la pratique du MP sur les issues périnéales, il serait pertinent d'offrir de plus amples informations aux femmes afin d'augmenter leur conscience de l'existence de cette pratique et de ses bienfaits. Ainsi, Ismail et Emery (2013) proposent de renforcer l'information et l'éducation concernant le MP en transmettant des informations orales et écrites. Selon Prochaska, DiClemente et Norcross (1992), la transmission d'une information simple participe à la sensibilisation et à la motivation d'adopter un nouveau comportement (Ismail & Emery, 2013). Bien évidemment,

ces informations doivent être adaptées au niveau de connaissances des femmes. Ismail et Emery (2013) précisent que les encouragements et les rappels concernant la pratique du MP sont bénéfiques si les patientes ont reçu au préalable des informations complètes et sont donc conscientes des avantages de cette pratique. Néanmoins, ce renforcement de la motivation peut être entravé par le fait que les effets bénéfiques du MP ne sont pas visibles à court terme, et selon Sluijs et Knibbe (1991) il est difficile de garder une motivation à long terme dans ce contexte (Ismail & Emery, 2013). D'où l'importance d'établir une bonne motivation de base et un suivi régulier des femmes dans cette pratique pendant la grossesse. Ismail (2009) montre que la sage-femme est l'une des sources d'informations principales concernant les exercices prénataux du plancher pelvien après le livre national de la grossesse de Londres *The Pregnancy Book* (Département of Health, 2009). Cependant, cet ouvrage ne décrit pas la pratique du MP prénatal. D'où l'importance d'impliquer le personnel soignant dans cette démarche afin de promouvoir les effets bénéfiques de cette pratique auprès femmes concernées.

6.2. L'incidence de l'épisiotomie

L'épisiotomie ne protège pas des déchirures périnéales, mais est associée à une augmentation du nombre et de la gravité des traumatismes périnéaux ainsi que de toutes les problématiques qui s'ensuivent (Lede et al., 1996 ; Rockner, Wahlberg & Olund 1989 ; Shiono, Klebanoff & Carey, 1990). L'épisiotomie doit être pratiquée uniquement lors de situations ayant une indication médicale maternelle ou foetale, cependant la littérature reste vague concernant ces recommandations (Graham & Davies, 2005). Actuellement, le taux d'épisiotomies en Suisse s'élève à 26,8% lors des AVB (OFS, 2004). En 1997, L'OMS recommandait une limite de 10% de cette pratique. À ce jour, l'OMS ne précise pas de recommandation à ce sujet. Ce taux devrait se situer entre 5 et 30% selon le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF, 2005) et Barbieri (2006).

Néanmoins, les résultats de ce travail ne montrent aucune différence statistiquement significative concernant l'incidence des épisiotomies. Cependant, selon la revue de littérature systématique de Beckmann et Stock (2013), le MP diminuerait de manière statistiquement significative de 16% le taux d'épisiotomie chez les femmes n'ayant jamais eu d'AVB précédemment. De plus, selon Davidson et al. (2000), il y aurait un impact bénéfique statistiquement significatif de la pratique du MP chez les multipares ayant un antécédent d'épisiotomie. Il serait nécessaire d'accomplir des études supplémentaires joignant à l'échantillon davantage de femmes ayant déjà eu un AVB, afin d'évaluer cette observation. Ce constat peut-être en lien avec les tissus qui sont moins souples au niveau de la cicatrice.

Un étirement des tissus périnéaux (suite à un précédent AVB sans épisiotomie ou à la pratique du MP) semble être une prévention contre ces traumatismes inhérents à la naissance.

Cette revue de la littérature ne montre aucun effet néfaste en lien avec la pratique du MP. Il semblerait donc que cette méthode de prévention devrait être proposée systématiquement aux femmes nullipares ainsi qu'éventuellement aux femmes ayant déjà eu un AVB avec une épisiotomie, tout en encourageant une politique restrictive de la pratique de l'épisiotomie au moment de l'AVB, qui a prouvé ses bénéfices. Afin de potentialiser l'effet bénéfique du MP sur les issues périnéales suite à un AVB, il serait pertinent de l'associer aux différentes méthodes de prévention des déchirures périnéales citées dans le chapitre 2.8 (p. 23) de ce travail.

6.3. L'incidence des instrumentations

Comme expliqué ultérieurement, les AVB instrumentés sont plus à risque de créer des déchirures sévères ainsi que des problèmes de continence (Lansac et al., 2006 ; Peyrat et al., 2002). L'étude menée par Shipman et al. (1997) montre une baisse statistiquement significative du taux d'instrumentation ainsi que des déchirures périnéales chez les femmes primipares du groupe MP suite à l'ajustement des variables âge maternel et poids de naissance. Cette diminution du taux de lésions périnéales pourrait être le reflet de la diminution des instrumentations. Il serait intéressant de mener une étude en tenant compte de ce constat, en éliminant de l'échantillon les femmes ayant subi une instrumentation lors de l'AVB. La revue de littérature systématique de Beckmann et Stock (2013) ne montre aucune différence sur l'incidence des instrumentations entre les deux groupes. De ce fait, d'autres études devraient être effectuées afin d'évaluer l'impact du MP sur l'incidence des instrumentations.

Dans un premier temps, il serait plus favorable de faire recours à une ventouse si nécessaire tout en favorisant la pratique du MP anténatal afin d'épargner le plancher pelvien au maximum. Effectivement, le recours aux forceps montre moins d'échecs de manoeuvres lors de l'extraction de la présentation foetale en comparaison à la ventouse, cependant il engendre plus de morbidités maternelles à court terme, plus particulièrement au niveau du sphincter anal. L'utilisation de la ventouse engendre moins de déchirures périnéales et d'épisiotomies. Il n'y a pas de différence en ce qui concerne les complications maternelles à long terme (CNGOF, 2005). De plus, la pratique du MP anténatal devrait être proposée chez

les primigestes afin de prévenir une éventuelle instrumentation, tout en tenant compte des variables citées ci-dessous pouvant avoir un impact sur cette issue.

6.4. Facteurs influençant les impacts du MP sur les lésions périnéales et les instrumentations

De manière générale, Davidson et al. (2000) prouvent que les femmes primipares ont significativement des lésions périnéales plus sévères que les multipares et Shipman et al. (1997) montrent une corrélation proportionnelle entre le poids de naissance et l'âge maternel. Ces derniers observent que le taux de lésions périnéales et d'AVB instrumentés augmentent avec l'âge maternel des primipares. Effectivement, le professeur Puech (2010) met en évidence le lien entre l'âge maternel > 35 ans et un fort risque de développer un diabète gestationnel pouvant engendrer un poids de naissance supérieur à 4500g (macrosomie). Comme cité ultérieurement, un poids de naissance supérieur à 4kg est un facteur de risque de lésions périnéales lors de l'AVB (Lansac et al., 2006). Cependant, l'âge maternel avancé peut avoir un effet inverse sur le poids de naissance. Les femmes de plus de 35 ans ont également plus de risque d'accoucher prématurément et/ou de donner naissance à un nouveau-né petit pour son âge gestationnel ou de faible poids (Institut canadien d'information sur la santé, 2011). Les risques de l'âge maternel en lien avec le poids de naissance doivent donc être pris en considération en tenant compte d'éventuels facteurs de risque supplémentaires (parité, poids, troubles métaboliques, etc.).

Concernant les impacts de la pratique du MP prénatal, Shipman et al. (1997) montrent une réduction statistiquement significative dans le groupe du MP des lésions périnéales de type II et III et d'AVB instrumentés après ajustement des deux variables (âge maternel et poids de naissance). De plus, Shipman et al. (1997) ressortent une corrélation entre l'efficacité du MP et l'âge maternel. Selon eux, les bénéfices du MP sont significativement plus apparents chez les femmes primigestes de ≥ 30 ans. Ils montrent une réduction des lésions périnéales II et III et une diminution des instrumentations chez ces dernières. Ces auteurs émettent l'hypothèse que le MP serait plus bénéfique chez les primigestes plus âgées étant donné que leurs tissus seraient moins élastiques et de moins bonne souplesse que chez une femme plus jeune. Des études supplémentaires seraient à effectuer dans le but d'analyser la corrélation entre la pratique du MP et ces variables (âge maternel et poids de naissance) ce qui pourrait renforcer les résultats obtenus par Shipman et al. (1997).

Il est intéressant de mettre en lien ces résultats avec l'évolution démographique de la population suisse. Certains facteurs expliquent l'augmentation de l'âge moyen à la maternité. À ce jour, les femmes âgées de moins de 30 ans donnent moins de naissances. Effectivement, ces dernières réalisent des études prolongées, font davantage carrière dans le milieu professionnel et un changement de mode de vie peut aussi en être la cause. De ce fait, les femmes de plus de 35 ans font plus d'enfants. Effectivement en 1971, l'âge moyen de la mère à la naissance de son premier enfant était de 25.3 ans. En 2013, l'âge moyen était de 30.6 ans. En l'espace de 42 ans, l'âge moyen des femmes à la naissance de leur premier enfant a augmenté de 5,3 ans (OFS, 2015). Il en ressort que la valeur de la pratique du MP anténatal pourrait être renforcée avec l'évolution de la situation sociodémographique suisse.

En se basant uniquement sur les résultats de cette revue de littérature, le MP anténatal devrait être proposé systématiquement aux femmes primigestes et plus particulièrement à celles ayant un âge ≥ 30 ans.

6.5. Acceptabilité

Généralement, les femmes sont satisfaites de la pratique du MP et la considèrent comme étant acceptable. Cette acceptabilité est renforcée lorsqu'elle est associée à une bonne observance du MP. Ce résultat serait en lien avec une diminution de la sensibilité, après deux à trois semaines de pratique régulière (Labrecque et al., 2001). Suite à cette période, les femmes ressentiraient moins de douleurs et d'inconforts et auraient donc davantage de motivation à continuer une pratique rigoureuse du MP. Selon Labrecque et al. (2001), le point de vue des femmes sur l'utilité du MP lors de l'expulsion était plus positif lorsqu'une bonne observance était présente. Effectivement, ces dernières estiment que le MP contribue à la préparation à la naissance, de ce fait le sentiment de contrôle et de satisfaction étaient plus présents. À travers la pratique du MP et le temps consacré à cette dernière, les femmes pourraient développer davantage leurs sentiments d'auto-efficacité et de contrôle au cours de la grossesse et de l'AVB. Leur statut d'actrice dans la prévention des traumatismes périnéaux pourrait renforcer ces sentiments.

Le processus de la naissance engendre un stress perçu important, qui a des conséquences négatives sur la santé psychique maternelle ainsi que sur le sentiment de compétence. Si le stress perçu est important durant la période périnatale, le sentiment d'auto-efficacité et de contrôle seront plus faibles (Razurel, Desmet, & Sellenet, 2011). La littérature montre qu'un faible sentiment d'auto-efficacité peut engendrer une dépression

périnatale (Howell, Mora & Leventhal, 2006 ; O'Neil, Wilson, Shaw & Dishion, 2009). De ce fait, il est important d'agir sur le sentiment d'auto-efficacité et de contrôle afin de prévenir l'apparition de stress perçu. La pratique du MP pourrait participer au renforcement du sentiment de compétence et peut-être agir sur le stress perçu. Aucune autre littérature n'a analysé le lien entre la pratique du MP et le renforcement du sentiment de compétence. Il serait donc intéressant de se pencher davantage sur cet aspect de la pratique du MP durant la grossesse afin de donner plus de valeur à l'impact de cette pratique sur la santé psychique maternelle.

Cependant, l'effet inverse sur le vécu pourrait aussi être observé lors de traumatismes périnéaux de par le temps et l'investissement consacrés à la pratique du MP, ce qui pourrait avoir un effet négatif sur la satisfaction de l'expérience (Labrecque et al., 1999). Effectivement, Labrecque et al. (2001) observent une mauvaise satisfaction de la pratique du MP sur la naissance lors d'une césarienne ou d'un traumatisme périnéal sévère. Il est donc important d'informer les femmes sur les différentes issues possibles lors de la pratique du MP, en insistant sur le fait que l'incidence des traumatismes périnéaux ne dépend pas uniquement de la pratique du MP, mais également de plusieurs variables et caractéristiques propres à la femme et à la grossesse (Labrecque et al., 1999 ; Mei-Dan et al., 2008).

De manière générale, la pratique du MP pendant la grossesse est bien acceptée, de ce fait cette démarche peut être considérée comme accessible pour toutes les femmes, d'autant plus que ce moyen de prévention est peu coûteux à la société.

6.6. Les impacts de l'observance sur la pratique du MP

De manière générale, une bonne observance d'un traitement thérapeutique a un effet bénéfique sur les objectifs fixés au préalable (Sheen & Giet, 2010). Une revue de la littérature précise qu'une bonne compliance de la pratique des exercices musculaires pelviens (exercices de Kegel) anténataux ou postnataux, comme démarche préventive ou curative des incontinences, aurait un effet bénéfique sur les objectifs thérapeutiques (Boyle, Hay-Smith, Cody & Morkved, 2012).

En ce qui concerne la pratique du MP anténatal, les études montrent qu'une bonne observance a un effet bénéfique sur l'acceptabilité du MP ainsi que sur l'incidence des périnées intacts (Labrecque et al., 1999 ; Labrecque et al., 2001). L'augmentation de cette incidence est certainement en lien avec le renforcement de l'acceptabilité à travers une

bonne compliance. L'acceptabilité est donc au carrefour des issues de la pratique du MP. Il est important de maintenir une bonne observance de la pratique du MP afin de favoriser une bonne acceptabilité.

6.7. Relation au partenaire

La satisfaction des femmes pratiquant le MP augmente significativement avec la participation active du partenaire (Labrecque et al., 2001). Mais qu'en est-il de la place du père dans cette pratique? Le processus de maternité est présent pour la future mère, mais le processus de paternité est aussi une étape à franchir pour le futur père. Ce processus de paternité est la transition du statut d'homme à celui de père, ce qui est un grand bouleversement dans son identité masculine (Hulsbergen, 2004 ; Moreau, 2001). L'intégration du père autour de la périnatalité a débuté uniquement dans les années 1980. À ce jour, l'homme recherche toujours sa place dans ce processus (Hulsbergen, 2004). Il est important que le futur père soit engagé dans la grossesse, car cet investissement psychologique va avoir un impact sur son estime de soi, son bien-être ainsi que sur son sentiment d'accomplissement dans son futur rôle de père (Le Camus, 2002, cité par l'INPES, 2010). Cet investissement sera aussi bénéfique pour la future mère (INPES, 2010). La présence et la participation du conjoint sont donc favorables à sa satisfaction personnelle ainsi qu'à celle de la future mère, lors de la pratique quotidienne du MP pendant la grossesse. Ainsi, la satisfaction de la femme en lien avec la participation du conjoint pourrait améliorer l'observance et donc l'efficacité de la pratique du MP sur les issues périnéales. Il serait nécessaire d'effectuer d'autres études traitant l'implication et le vécu du partenaire dans la pratique du MP afin de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse. La pratique du MP se pratiquant dans une zone intime, le choix de la participation de la part du conjoint devrait être discuté au sein du couple, afin de respecter le bien-être conjugal.

6.8. Satisfaction sexuelle

Durant la période périnatale, la sexualité n'est que très peu abordée par les couples ainsi que par le personnel soignant, alors que ces derniers sont directement connectés à l'intimité du couple. Cette discussion basée sur la sexualité est recommandée dans la période postnatale, car la reprise des rapports sexuels est une préoccupation omniprésente chez ces couples (McDonald & Brown, 2013).

Comme expliqué précédemment dans ce travail (chapitre 2.6.3, p. 21), la grossesse engendre une série de bouleversements chez la femme et son conjoint pouvant avoir un impact sur leur sexualité. Selon Hulsbergen (2004), le couple rencontre des modifications

physiques et psychologiques pouvant altérer leur sexualité. Cette revue de littérature montre qu'au troisième trimestre de grossesse, les nullipares pratiquant le MP, perçoivent une insatisfaction sexuelle de la part de leur partenaire (Labrecque et al., 2000). Ce résultat peut être lié à une modification des tissus dans le cadre de la pratique du MP, engendrant un élargissement de l'orifice vaginal et donc éventuellement une diminution de la stimulation sexuelle masculine (Labrecque et al., 2000). L'insatisfaction du partenaire peut également être en lien avec le bouleversement tant physique que psychologique autour de la grossesse. De plus, les femmes du groupe MP ayant déjà eu un AVB sont moins satisfaites sexuellement (Labrecque et al., 2000). Ce résultat peut être expliqué par les hypothèses émises ci-dessus, mais également par une distension des tissus présente au préalable suite à un précédent AVB. Deux études recommandent la pratique des exercices musculaires de Kegel conjointement à celle du MP pendant la grossesse (Ismail & Emery, 2013 ; Shipman et al., 1997). Effectivement, l'effet tonifiant du plancher pelvien démontré par Boyle et al. (2012) pourrait participer à l'amélioration de la fonction sexuelle du couple durant la pratique du MP. En se basant sur ces hypothèses, il serait intéressant d'effectuer une étude joignant les exercices de Kegel à la pratique du MP afin d'évaluer une éventuelle amélioration de la satisfaction sexuelle des deux partenaires.

De plus, la période postnatale est aussi à risque et peut compromettre la sexualité du couple. Signorello, Harlow, Chekos et Repke (2001) montrent que la fonction sexuelle est atteinte suite à un AVB (dyspareunies et inconforts lors des rapports sexuels). La littérature montre la corrélation entre les troubles sexuels dans la période du PP, principalement la présence de dyspareunies dues à des lésions périnéales. Effectivement les femmes ayant eu des lésions périnéales sévères, une épisiotomie ou une extraction instrumentée ont plus de risque de présenter des dyspareunies et une fonction sexuelle altérée au PP (Rathfisch, Kizilkaya Beji, Comert, Tekirdag & Kadioglu, 2010 ; Signorello et al., 2001). L'issue d'un PI suite à un AVB est en lien avec une meilleure fonction sexuelle postnatale et donc une reprise des rapports sexuels plus précoce (Signorello et al., 2001). De ce fait, la pratique du MP pendant la grossesse, ayant montré ces effets bénéfiques dans la prévention des lésions périnéales, devrait par conséquent diminuer les troubles de la sexualité pouvant résulter de certains traumatismes périnéaux. Cependant, selon Labrecque et al. (2000), la pratique du MP pendant la grossesse n'influencerait pas la satisfaction sexuelle des primipares et des multipares ainsi que celle de leur partenaire à trois mois PP et n'aurait pas d'impact sur le temps de reprise de l'activité sexuelle chez les primipares et les multipares. D'autres études devraient être menées afin d'investiguer davantage l'impact du MP sur la satisfaction sexuelle et ainsi évaluer ces résultats. Dans l'intervalle, la pratique du MP prénatal devrait être proposée systématiquement aux femmes dans le but d'épargner le périnée.

6.9. L'impact du MP sur l'incidence des incontinences urinaires

Comme exposé précédemment (chapitre 2.6, p, 19), la grossesse et l'AVB ont un impact néfaste sur le plancher pelvien et peuvent donc interférer sur la continence urinaire. De plus, ce risque est renforcé par la présence de traumatismes périnéaux (Viktrup, 2002) ainsi que par d'autres facteurs cités précédemment: âge maternel, obésité, instrumentation, parité, incontinence urinaire préexistante (Labrecque et al., 1999 ; Peyrat et al., 2002 ; Stamp et al., 2001). De ce fait, une diminution des traumatismes périnéaux ainsi que des AVB instrumentés pourrait baisser l'incidence de l'incontinence urinaire dans la période du PP. Shipman et al. (1997) mettent en évidence une diminution significative des instrumentations chez les primigestes dans le groupe massage après ajustement des variables âge maternel et poids de naissance, mais n'investiguent pas davantage l'incidence des incontinences urinaires au PP. La pratique du MP pouvant réduire le tonus périnéal et élargir l'orifice vaginal, une augmentation des incontinences urinaires pourrait être observée. Cependant, un seul article de cette revue de la littérature traite cette thématique et ne démontre aucun impact de la pratique du MP pendant la grossesse sur l'incidence d'incontinences urinaires au PP (Labrecque et al., 2000). Afin de pouvoir donner plus de poids à ce résultat, des études supplémentaires devraient être élaborées sur cette thématique dans le but de comparer ces résultats et d'en discuter. D'ici là, les femmes pratiquant ou non le MP anténatal devraient effectuer régulièrement les exercices de Kegel en période prénatale et postnatale afin de renforcer le tonus de la musculature pelvienne et ainsi prévenir une éventuelle incontinence urinaire (Boyle et al., 2012).

6.10. Généralisation et transférabilité des résultats

En analysant les différentes populations cibles au sein des études retenues, il est observé que certaines généralisations ne sont pas faisables. Effectivement, selon Davidson et al. (2000), il est difficile de généraliser leurs résultats à une population accouchant à l'hôpital étant donné que les femmes recrutées ont uniquement accouché à domicile. Les auteurs émettent une hypothèse que ces dernières auraient plus de confiance en soi, une meilleure nutrition et plus de support social, ce qui pourrait avoir un impact sur la motivation de ces femmes et donc sur l'observance de la pratique du MP. De plus, Davidson et al. (2000) suggèrent l'hypothèse que le déroulement de la deuxième phase du travail est pris en charge différemment entre les sages-femmes et les médecins. Ces facteurs pourraient modifier les issues de l'accouchement selon les auteurs. Les études dirigées par Ismail et Emery (2013), par M. Labrecque (Labrecque et al., 1999 ; Labrecque et al., 2000 ; Labrecque et al., 2001) et Mei-Dan et al. (2008) traitent une population prise en charge uniquement en hôpital universitaire. Les résultats pourraient ne pas être généralisables à

une autre population. Les femmes faisant partie du groupe d'intervention au sein de l'étude de Labrecque et al. (1999) ont été très informées et conseillées sur la pratique du MP et sur les issues périnéales suite à un AVB, ce qui ne reflète pas la population générale. Davidson et al. (2000) précisent que leur échantillon était principalement d'ethnie blanche. De ce fait, les résultats ne sont pas généralisables à une population non européenne. Dans la même situation, au sein de l'étude de Shipman et al. (1997), le taux de consentement montre une différence statistiquement significative entre la population caucasienne et les autres ethnies. L'échantillon est principalement de type caucasien.

Quatre études se déroulent en Amérique du Nord (Davidson et al., 2000; Labrecque et al., 1999 ; Labrecque et al., 2000 ; Labrecque et al., 2001), deux en Europe sur le territoire anglais (Ismail & Emery, 2013 ; Shipman et al., 1997) et une sur le continent asiatique, en Israël (Mei-Dan et al., 2008). Tous ces lieux rejoignent le groupe des pays économiquement développés ayant des prises en soins qui en découlent. Les lieux étant diversifiés, il est intéressant d'observer les effets du MP sur différentes ethnies. Cependant, ces études n'ont pas ciblé une population suisse, il est donc difficile de dire qu'elles peuvent être transposables à 100% au sein des établissements helvétiques de par les différences de pratique, même si la méthode du MP a été presque similaire. D'autres variables entrent en jeu dans le processus d'accouchement ainsi que dans les issues périnéales. Néanmoins, une généralisation est globalement faisable de par le statut économique similaire des différents pays. Il aurait été intéressant de trouver un article portant sur les différentes pratiques hospitalières des maternités de ces pays cités ci-dessus.

6.11. Comment introduire de manière plus systématique la pratique du MP

Dans le but de diminuer les morbidités en lien avec les traumatismes périnéaux et ainsi améliorer la qualité de vie de la femme suite à son AVB, il serait pertinent de mettre en place davantage de promotion et de prévention de la santé concernant ces issues périnéales. Les résultats obtenus dans cette revue de la littérature montrent certains effets bénéfiques de la pratique du MP, et aucun impact négatif n'a été relevé. Les résultats ciblant les issues périnéales sont plus spécifiques aux femmes primigestes et éventuellement à celles ayant déjà vécu un AVB avec une épisiotomie. D'autres effets bénéfiques sont mis en évidence et peuvent être observés chez la plupart des femmes. De ce fait, le MP devrait être systématiquement proposé à toutes les femmes ne présentant aucun risque obstétrical particulier et principalement aux dernières citées précédemment.

Le MP touche une zone intime souvent méconnue par la femme et qui reste généralement tabou de par son caractère sexuel. Les femmes n'ont que très peu, voire même aucune connaissance de cette pratique. De plus, le sujet n'est que rarement abordé par les professionnels de la santé auprès de ces dernières, en raison peut-être d'un manque de formation concernant la pratique du MP ou d'une éventuelle gêne en lien avec l'intimité du sujet. Étant donné que les sources d'informations principales des femmes pendant leur grossesse sont la sage-femme et les cours de PAN, il serait indispensable de promouvoir cette pratique par ces biais. Vu le manque de temps souvent observé en consultations prénatales, une introduction rapide du sujet pourrait se faire oralement puis être complétée par la transmission d'une brochure d'informations. À ce jour, Weleda a publié une brochure "Guide de Massage Maman" (2015) présentant plusieurs types de massages corporels, dont le MP. Il serait pertinent d'en créer une plus spécifique au MP afin de communiquer un message précis. Cette dernière aborderait les notions d'anatomie et de physiologie de base du périnée à travers des images et des textes explicatifs, l'impact de la grossesse et de l'AVB sur le périnée, des exercices de prise de conscience de celui-ci (p.ex: exercices de Kegel) ainsi qu'une description de la pratique du MP et de ses bienfaits. Une liste référant les cours de PAN abordant le sujet devrait être jointe au fascicule. Dans un premier temps, cette brochure permettrait de sensibiliser et de familiariser les femmes avec leur périnée et cette pratique du MP. Dans un deuxième temps, la sage-femme devrait les encourager systématiquement à participer à des cours de PAN, ce qui permettrait entre autres d'aborder plus en détail cette thématique. Pour ce faire, les sages-femmes devraient toutes être formées sur cette pratique au cours de leurs études, ce qui n'est pas le cas à ce jour. La pratique du MP devrait être enseignée, selon les besoins et intérêts des femmes, en se basant sur la littérature existante (Avery & Van Arsdale, 1987), ainsi que selon l'aise de la sage-femme quant à l'abord de ce sujet. Effectivement, l'introduction de cette pratique entre dans l'intimité de la femme et du couple. La sage-femme doit pouvoir se sentir à l'aise et en confiance, dans un premier temps pour créer une atmosphère de confiance avec le couple, mais aussi pour l'aborder en toute sérénité. L'utilisation de supports visuels, tels que des images et des vidéos ainsi qu'un "périnée artificiel" pourraient être utilisés afin de montrer la technique du MP. La présence et la participation du conjoint lors des cours sont importantes afin de favoriser l'intégration du futur père dans la grossesse, mais aussi pour offrir un soutien et une meilleure satisfaction de la pratique du MP à sa compagne. Ce premier échange pourrait lever l'éventuel tabou préexistant dans le couple ou avec la sage-femme, en lien avec l'intrusion de l'intimité lors de la pratique du MP. La sage-femme devrait se baser sur la littérature scientifique afin de transmettre aux femmes des informations éclairées et pertinentes. Cela permettrait d'éviter que les femmes soient déçues du résultat et de la pratique étant donné que les effets du MP ne sont pas visibles à court terme. Il est important

de communiquer aux femmes que le MP n'est pas la seule variable à prendre en considération dans les issues périnéales à la suite d'un AVB. Effectivement, comme discuté au sein de ce travail, d'autres variables pourraient interférer dans les issues périnéales, telles que certaines issues obstétricales, l'état périnéal au préalable et la qualité des tissus. Malgré la pratique du MP, une lésion périnéale n'est pas exclue. Effectivement, sur dix femmes effectuant le MP, environ une bénéficiera de ses effets protecteurs. Il est important de préciser que la pratique régulière du MP favorise les résultats bénéfiques. Les femmes doivent être informées d'un possible inconfort, voir même de douleurs, au début de la pratique du MP mais qu'il est important de persister quelques semaines malgré le désagrément, car ces sensations désagréables disparaissent deux à trois semaines après le début. Afin de favoriser l'observance de la pratique, une distribution de carnets de bord pourrait être effectuée lors des cours de PAN. De plus, lors des consultations de fin de grossesse, il serait envisageable de refaire le point avec les femmes afin d'encourager cette rigueur à avoir. Dans le milieu hospitalier, il est difficile d'instaurer un suivi de l'observance plus pointu. Il serait peut-être intéressant de favoriser un suivi à domicile avec une sage-femme indépendante pour les femmes souhaitant pratiquer le MP, afin d'accorder plus de temps à cette thématique et ainsi assurer une certaine disponibilité pour d'éventuelles questions ou difficultés.

Les femmes devraient être informées également de l'alternative Epi-No[®], qui a le même objectif que le MP. Effectivement, ce moyen pourrait être perçu comme moins invasif à l'intimité et certaines femmes pourraient l'adopter plus facilement. La sage-femme devrait pouvoir donner certaines explications et recommandations quant à l'utilisation de ce dispositif et pouvoir informer les femmes sur les modalités de son acquisition. L'introduction de ces deux méthodes permettrait à ces dernières de faire leur choix en connaissance de cause.

7. Critique de la revue de littérature

7.1. Points forts

Malgré notre intérêt pour la pratique du MP, nous avons gardé un regard neutre et objectif lors de la critique des résultats afin que cette revue de la littérature reflète les données actuelles, tout en respectant une éthique dans la rédaction de ce travail. De plus, nous avons fait le choix d'élargir le nombre d'articles sélectionnés afin de présenter la plupart des variables gravitant autour de cette thématique pour répondre au mieux à notre question de recherche, et sans se focaliser uniquement sur les issues périnéales à court terme. Parmi les sept articles sélectionnés, certains d'entre eux étaient des études randomisées ce qui a permis d'évaluer de manière plus objective les effets physiques du MP. D'autres ont permis d'évaluer le vécu des femmes de par leur caractère qualitatif. Nous avons tenu à décortiquer l'analyse des résultats obtenus en thématiques précises afin de présenter de manière claire les différents impacts de la pratique du MP. Malgré le fait qu'aucune étude n'ait été effectuée en Suisse, l'avantage du sujet traité est que la pratique du MP reste quasiment la même dans tous les pays, mis à part quelques variables démographiques pouvant influencer ces résultats. Ces résultats sont certainement transposables à la population suisse. Les propositions émises quant à l'insertion du MP dans la pratique nous semblent réalisables en tant que futures professionnelles de la santé conjointement à un investissement supplémentaire de la part des sages-femmes.

7.2. Points faibles

Cette revue de la littérature présente également certaines limites. L'anglais n'étant pas notre langue maternelle, il a été parfois difficile d'interpréter précisément certains énoncés. De ce fait, il est possible que quelques détails figurant dans les études aient été ambigus dans l'analyse de ces derniers. Étant donné notre statut de novice dans le domaine de la recherche, il est possible que certaines analyses effectuées soient discutables. Une autre limite observée est le fait que peu d'études ont analysé cette thématique. Les quelques études trouvées datent majoritairement de plus de dix ans. De ce fait, notre discussion a pu être limitée de par un manque de comparaison possible. En prenant en considération ces limites, il apparaît que ce travail n'est pas totalement exhaustif.

8. Conclusion

L'objectif de cette revue de littérature était de démontrer les réels impacts du MP anténatal sur les issues périnéales et le vécu des femmes afin de savoir s'il est pertinent de le proposer systématiquement aux femmes durant leur grossesse. Nous avons pu démontrer l'utilité de diminuer l'incidence des lésions périnéales de par les impacts qui en découlent et qui touchent la vie quotidienne des femmes. En effet, les traumatismes périnéaux peuvent engendrer une faiblesse du plancher pelvien, des douleurs immédiates et persistantes, des dyspareunies, des incontinences urinaires ou fécales et des troubles sexuels (Barret et al., 2005 ; Labrecque et al., 1999 ; Stamp et al., 2001). Il a été démontré que ces problèmes sont moins communs chez les femmes ayant un PI suite à un AVB (Klein et al., 1994). D'où l'importance de prévenir l'apparition de lésions périnéales perpartum.

Il existe un grand nombre de pratiques préventives anténatales et perpartum des issues périnéales citées ultérieurement (chapitre 2.8, p. 23), dont la pratique du MP prénatal. Afin de se pencher sur l'efficacité de ce dernier, nous avons mené cette revue de la littérature en sélectionnant sept articles nous permettant de répondre à notre question de recherche. Suite à l'analyse critique de nos articles, il en ressort que le MP anténatal a principalement un effet bénéfique sur les femmes primigestes et ce travail suggère un effet bénéfique plus prononcé chez les primigestes âgées de plus de 30 ans. Aucun effet n'a été démontré chez les femmes ayant déjà accouché, mais il est évoqué une éventuelle efficacité chez ces femmes avec un antécédent d'épisiotomie. La pratique du MP est généralement considérée comme étant acceptable.

De par ces résultats, il semble important de favoriser l'intégration du MP pendant la grossesse en le proposant systématiquement aux femmes concernées. Nous avons suggéré différents moyens afin de pouvoir l'assimiler dans notre pratique professionnelle, tels que la création d'une brochure spécifique à cette démarche et l'insertion d'un enseignement spécifique à ce dernier lors des cours de PAN. Ceci demanderait quelques restructurations au niveau de l'organisation du travail des sages-femmes, mais cette démarche semble réalisable.

En conclusion et suite à ces données apportées par cette revue de littérature, il nous paraît intéressant de mener des études supplémentaires concernant cette thématique afin de préciser et donner davantage de valeur à la pratique du MP durant la grossesse. Cela permettrait d'analyser plus en détail certaines variables pouvant entrer en jeu et d'évaluer

de manière plus objective l'impact du MP anténatal sur la population ayant un antécédent d'AVB.

9. Bibliographie

Liste de références bibliographiques

- Albers, L. L., Anderson, D., Cragin, L., Daniels, S. M., Hunter, C., Sedler, K. D. & Teaf, D. (1996). Factors related to perineal trauma in childbirth. *Journal of Nurse Midwifery*, 41, 269-276.
- Albers, L., Garcia, J., Renfrew, M., McCandlish, R. & Elbourne, D. (1999). Distribution of genital tract trauma in childbirth and related postnatal pain. *Birth*, 26(1), 11–7.
- Albers, L.L., Sedler, K.D., Bedrick, E.J., Teaf, D. & Peralta, P. (2005). Midwifery Care Measures in the Second Stage of Labor and Reduction of Genital Tract Trauma at Birth: A Randomized Trial. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 50, 365-372.
- Albers, L. L., Sedler, K. D., Bedrick, E. J., Teaf, D. & Peralta, P. (2006). Factors related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal births. *Birth*, 33, 94-100.
- American Journal of Obstetrics and Gynecology. (2015). *AJOB: About the journal*. Accès : <http://www.ajog.org/content/aims>
- American Psychiatric Association. (2000). *DSM-IV-TR: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e éd.). Issy les Moulineaux: Elsevier Masson
- Association suisse des infirmières et infirmiers. (2013). *L'éthique et la pratique infirmière*. Berne: SBK - ASI, Association suisse des infirmières et infirmiers.
- Avery, M.D. & Burket, B.A. (1986). Effect of perineal massage on the incidence of episiotomy and perineal laceration in a nurse-midwifery service. *Journal of Nurse-Midwifery*, 31, 128-134.
- Avery, M.D. & Van Arsdale, L. (1987). Perineal massage: Effect on the incidence of Episiotomy and Laceration in a Nulliparous Population. *Journal of Nurse-Midwife*, 32(3), 181-184.

- Barbieri, R.L. (2006). It's time to restrict the use of episiotomy. *The Journal of Family Practice*, 24, 4.
- Barrett, G., Pendry, E., Peacock, J., Victor, C., hakar, R. & Manyonda, I. (2000). Women's sexual health after childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107(2), 186-195.
- Beckman, MM. & Stock, OM. (2013). Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD005123(4).
- Boyle, R., Hay-Smith, EJ., Cody, JD. & Morkved S. (2012). Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD007471.
- British Journal of Obstetrics and Gynaecology. (2008). *BJOG: Aims & Scope*. Accès <http://www.bjog.org/view/0/aimsAndScope.html>
- Calais-Germain, B. (1996). *Le périnée féminin et l'accouchement: Éléments d'anatomie - applications pratiques*. Micropolis: Désiris Eds.
- Calais-Germain, B. (2006). *Le périnée féminin et l'accouchement: Éléments d'anatomie - applications pratiques*. Micropolis: Désiris Eds.
- Cavkaytar, S., Kokanali, M.K., Topcu, H.O., Aksakal, O.S. & Doganay, M. (2015). Effect of home-based Kegel exercises on quality of life in women with stress and mixed urinary incontinence. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 35, 407-410.
- Champagne, S. & Martin, S. (2002). La dyspareunie : les aspects psychologiques. *Le clinicien*, 37-44.
- Christianson, L., Bovbjerg, V., McDavitt, E. & Hullfish, K. (2003). Risk factors for perineal injury during delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 189(1), 255-260.
- Cluett, E.R., Nikodem, V.C., McCandlish, R.E. & Burns, E.E. (2004). Immersion in water in pregnancy, labour and birth (Cochrane Review). *Cochrane Database of Systematic reviews*, DOI: 10.1002/14651858.CD000111

Collège national des gynécologues et obstétriciens français. (2005). *L'épisiotomie: Recommandations pour la pratique clinique*. Accès: http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/rpc_episio2005.pdf

Confédération Suisse. (2015). *Statistique suisse: âge moyen à la maternité*. Accès: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/06/blank/key/02/06.html>

Cotelle, O. (2013). Place de la relaxation dans la prévention et le traitement de l'incontinence urinaire: avant, après et longtemps après l'accouchement. In O. Paul-Joseph & J. Ossart (Dir), *Périnée et maternité* (pp. 50-52). Paris: ELPEA.

Davidson, K., Jacoby, S. & Scott Brown, M. (2000). Prenatal Perineal Massage: Preventing Lacerations During Delivery. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 29(5), 474-479.

De Gasquet, B. (2011). *Périnée: arrêtons le massacre!* Paris: Marabout

de Leeuw, J., Struijk, P., Vierhout, M. & Wallenburg, H. (2001). Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery. *British Journal of Obstetric and Gynaecology*, 108(4), 383-387.

Delee, J.B. (1920). The prophylactic forceps operation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1, 34.

Departement of Health. (2009). *The Pregnancy Book*. Londres: Central Office of Information.

Dran, C. (2010). Anatomie du périnée obstétrical. In L. Marpeau (Dir.), *Traité d'obstétrique* (pp. 50-57). Issy-les-Moulineaux cedex: Elsevier Masson.

Eason, E., Labrecque, M., Marcoux, S. & Mondor, M. (2002). Anal incontinence after childbirth. *Canadian Medical Association Journal*, 166(3), 326-30.

Eveno, B. (2000). *Le Petit Larousse Illustré*. Paris: Larousse.

Fédération Suisse des sages-femmes. (1994). *Code international de déontologie des sages-femmes*. Accès: http://www.hebamme.ch/x_dnlld/doku/ethikkodexf.pdf

Flajolet, A. (2008). *Annexes 1 : La Prévention : Définitions, notions générales sur l'approche française, et comparaisons internationales.* Accès <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>

Fritel, X. (2010). Pelvic floor and pregnancy. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 38(5), 332-46.

Graham, I. & Davies, C. (2005). Episiotomy: the unkindest cut that persists. In C. Hastings-Tolsma, M., Vincent, D., Emeis, C. & Francisco, T. (2007). Getting Trough Birth in One Piece : protecting the perineum. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 32(3), 158-164.

Henderson & D. Bick (Ed.), *Perineal Care: An international issue* (pp. 58-86 et 120-122). Dilton, Wiltshire: Quay Books.

Hicks, T.L., Goodall, S.F., Quattrone, E.M. & Lydon-Rochelle, M.T. (2004). Postpartum sexual functioning and method of delivery: summary of the evidence. *Journal of Midwifery & Womens Health*, 49(5), 430-436.

Howell, E. A., Mora, P., Leventhal, H. (2006). Correlates of early postpartum depressive symptoms. *Matern Child Health J*, 10(2), 149-157.

Hulsbergen, W. (2004). Vie sexuelle et maternité: La place du (futur) père. *Schweizer Hebamme*, 30-33.

informa healthcare. (2014). *Journal of Obstetric and Gynaecology: Aims ans Scope.* Accès https://docs.google.com/document/d/10vfW8Z9t_xBYCC3XHPeuiS27VKuckaRbAlacnuqxFpM/edit#

Institut canadien d'information sur la santé. (2011). *Le moment propice: pourquoi l'âge de la mère est déterminant.* Accès https://secure.cihi.ca/free_products/AIB_InDueTime_WhyMaternalAgeMatters_F.pdf

Institut national de la prévention et de l'éducation pour la santé (INPES). (2010). *Le vécu de la grossesse par les hommes.* Accès <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3t.pdf>

- Ismail, S.I. (2009). An audit of NICE guidelines on antenatal pelvic floor exercises. *International Urogynecology Journal*, 20, 1417–1422.
- Ismail, S.I.M.F. & Emery, S.J. (2013). Patient awareness and acceptability of antenatal perineal massage. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 33, 839-843.
- Johanson, R. & Menon, B. (2000). Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery. *The Cochrane database of systematic Reviews*, CD000224(2), DOI: 10.1002/ 14651858
- Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. (2015). *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing: Aims and Scope*. Accès [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)1552-6909/homepage/ProductInformation.html](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1552-6909/homepage/ProductInformation.html)
- Keller, C. (2005). Anatomy of the pelvic floor. In C. Henderson & D. Bick (Ed.), *Perineal Care: An international issue* (pp. 18-31). Dilton, Wiltshire: Quay Books.
- Klein, M.C., Gauthier, R.J., Robbins, J.M., Kaczorowski, J., Jorgensen, S.H., Franco, E.D., ... Joshi, A.K. (1994). Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 171(3), 591–598.
- Kok, J., Tan, K-H., Koh, S., Cheng, P-S., Lim, W-Y., Yew, M-L. & Yeo, G. (2004). Antenatal use of a novel vaginal birth training device by term primiparous women in Singapore. *Singapore Medical Journal*, 45(7), 318-323.
- Koskas, M., Caillot, A.-L., Fauconnier, A. & Bader, C. (2009). Impact maternel et néonatal des Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF relatives à l'épisiotomie. Etude unicentrique à propos de 5409 accouchements par voie vaginale. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 37, 697-702.
- Kovacs, G.T., Heath, P. & Heather, C. (2004). First Australian trial of the birth-training device Epi-No®: A Highly significantly increased chance of an intact perineum. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 44(4), 347-348.

- Kozak, L. J., DeFrances, C. J. & Hall, M. J. (2006). National hospital discharge survey: 2004 annual summary with detailed diagnosis and procedure data. *National Center for Health Statistics. Vital Health Statistics*, 13, 162.
- Kunst, D., Cotellet, O. & Pigné, A. (2013). Prévention des dégâts périnéaux. In O. Paul-Joseph & J. Ossart (Dir), *Périnée et maternité* (pp. 48-49). Paris: ELPEA.
- Labrecque, M., Eason, E., Marcoux, S., Lemieux, F., Pinault, J.J., Feldman, P. & Laperrière, L. (1999). Randomized controlled trial of prevention of perineal trauma by perineal massage during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 180(3), 593–600.
- Labrecque, M., Eason, E. & Marcoux, S. (2000). Randomized trial of perineal massage during pregnancy: Perineal symptoms three months after delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 182(1), 76-80.
- Labrecque, M., Eason, E. & Marcoux, S. (2001). Women's views on the practice of prenatal perineal massage. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108, 499-504.
- Lansac, J., Marret, H. & Oury, J-F. (2006). *Pratique de l'accouchement*. Issy les Moulineaux : Elsevier Masson.
- Larousse. (2004). *Le Petit Larousse Illustré*. Paris: Larousse.
- Larousse. (2006). *Larousse médical*. Paris: Larousse
- Larousse. (2010). *Le petit Larousse de la médecine*. Paris: Larousse
- Lede, R. L., Belizan, J. M. & Carroli, G. (1996). Is routine use of episiotomy justified? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 174(5), 1399-1402.
- Marpeau, L. (2010). *Traité d'obstétrique*. Issy les Moulineaux : Elsevier Masson.
- Mayerhofer, K., Bodner-Adler, B., Bodner, K., Rabl, M., Kaider, A., Wagenbichler, P., Joura, E.A. & Husslein, P. (2002). Traditional care of the perineum during birth. A prospective, randomized, multicenter study of 1,076 women. *Journal of Reproductive Medicine*, 47(6), 477–82.

- McCandlish, R., Bowler, U., van Asten, H., Berridge, G., Winter, C., Sames, L., Garcia, J., Renfrew, M. & Elbourne, D. (1998). A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 105(12), 1262–72.
- Mei-Dan, E., Walfisch, A., Raz, I., Levy, A. & Hallak, M. (2008). Perineal Massage during Pregnancy : A prospective Controlled Trial. *The Israel Medical Association Journal*, 10, 499-502.
- Mimoun, S. (2007). *Petit Larousse de la sexualité*. Paris: Larousse
- Moreau, A. (2001). De l'homme au père: un passage à risque, contribution à la prévention des dysfonctionnements de la parentalité précoce. *Dialogue*, 152.
- Murphy, PA. & Feinland JB. (1998). Perineal outcomes in a home birth setting. *Birth*, 25, 226-233.
- Nikodem, V. (1997). Immersion in water in pregnancy, labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.CD000111
- O'Neil, J., Wilson, M.N., Shaw, D.S., Dishion, T.J. (2009). The relationship between parental efficacy and depressive symptoms in a diverse sample of low income mothers. *Journal of Child and Family Study*, 18(6), 643-652.
- Office fédéral de la statistique. (2007). Mettre au monde dans les hôpitaux de Suisse : Séjours hospitaliers durant la grossesse et accouchements : résultats des statistiques suisses de la santé. Neuchâtel : OFS
- Organisation mondiale de la santé. (1992). *Classification Internationale des Maladies 10: Troubles mentaux et troubles du comportement*. Issy les Moulineaux : Elsevier Masson.
- Organisation mondiale de la Santé. (2015). *La santé sexuelle*. Accès http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/
- Perrin-Terrin, Ch. (1999). Le périnée: testez vos connaissances. In N. Le Gret (Dir.), *Périnée*

et maternité (pp. 13-16). Paris: ELPEA.

Peyrat, L., Haillot, O., Bruyere, F., Boutin, J-M., Bertrand, P. & Lanson, Y. (2002). Prévalence et facteurs de risque de l'incontinence urinaire chez la femme jeune. *Progrès en Urologie*, 12, 52-59.

Pomeroy, R. H. (1918). Shall we cut and reconstruct the perineum for every primipara? *American Journal of Obstetrical Diseases of Women and Children*, 78, 211.

Rathfisch, G., Dikencik, B.K., Kizilkaya Beji, N., Comert, N., Tekirdag, A.I. & Kadioglu, A. (2010). Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. *Journal of Advanced Nursing*, 66(12), 2640–2649.

Razurel, C., Desmet, H., Sellenet, C. (2011). Stress, soutien social et stratégies de coping : Quelle influence sur le sentiment de compétence parental des mères primipares? *Recherche en soins infirmiers*, 106, 47-58.

Ree, ML., Nygaard, I. & Bo, K. (2007). Muscular fatigue in the pelvic floor muscles after strenuous physical activity. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86, 870-876.

Renfrew, M.J., McFadden, A., Bastos, M.H., Campbell, J., Channon, A.A., Cheung, ... Declerc, E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), 1129-1145.

Riethmuller, D., Schaal, J.P. & Maillet, R. (2010). Accouchement normal en présentation du sommet. In L. Marpeau (Dir.), *Traité d'obstétrique* (pp. 132-140). Issy les Moulineaux : Elsevier Masson.

Rockner, G., Wahlberg, V. & Olund, A. (1989). Episiotomy and perineal trauma during childbirth. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 264-268.

Sheen, A. J. & Giet, D. (2010). Non-observance thérapeutique: causes, conséquences, solutions. *Revue médicale de Liège*, 65(5-6), 239-245.

- Shek, K.L., Chantarasorn, V., Langer, S., Phipps, H. & DietzInt, H.P. (2011). Does the Epi-No® Birth Trainer reduce levator trauma? A randomised controlled trial. *International Urogynecology Journal*, 22, 1521–1528.
- Shimada, M. (2005). A randomized controlled trial on evaluating effectiveness of perineal massage during pregnancy in primiparous women. *Journal of Japan Academy of Nursing Science*, 25(4), 22-29.
- Shiono, P., Klebanoff, M. A. & Carey, J. C. (1990). Midline episiotomies: More harm than good? *Obstetrics and Gynecology*, 75(5), 765-770.
- Shipmann, M.K., Boniface, D.R., Defft, M.E. & McCloghry, F. (1997). Antenatal perineal massage and subsequent perineal outcomes: a randomized controlled trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 104, 187-191.
- Signorello L.B., Harlow B.L., Chekos A.K. & Repke J.T. (2001). Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 184(5), 881– 890.
- Soong, B., & Barnes, M. (2005). Maternal position at midwife-attended birth and perineal trauma: Is there an association? *Birth*, 32, 164-169.
- Stamp, G. Kruzins, G. & Crowther, C. (2001). Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 322, 1277-1280.
- Tennfjord, M. K., Hilde, G., Stær-Jensen, J., Ellstrom Engh, M. & Bø, K. (2014). Dyspareunia and pelvic floor muscle function before and during pregnancy and during pregnancy and after childbirth. *International Urogynecology Journal*, 25, 1227-1235.
- Thacker, S. B. & Banta, H. D. (1983). Benefits and risks of episiotomy: *An interpretive review of the English language literature*. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 38(6), 322-338.
- Thakar, R. & Sultant, A. (2005). Prevention of obstetric perineal trauma. In C. Henderson & D. Bick (Ed.), *Perineal Care: An international issue* (pp. 98-112). Dilton, Wiltshire: Quay Books.

The Israel Medical Association Journal. (2015). *IMAJ: Description*. Accès <http://officialsite.pp.ua/?p=219735#>

Thorp, J. M. & Bowes, W. A. (1989). Episiotomy: Can its routine use be defended? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 160, 1027-1030.

Tonneau, H., Branger, B., Chauvin, F., Guerneur, J. & Grall, J.Y. (2005). The perineum; what do women know? *La Revue Sage-Femme*, 4(3), 109-114.

Viktrup, L. (2002). The risk of lower urinary tract symptoms five years after the first delivery. *Neurourology and Urodynamics*, 21, 2-29.

Viswanathan, M., Hartmann, K., Palmieri, R., Lux, L., Swinson, T., Lohr, K.N., Gartlehner, G. & Thorp, J. (2005). The use of episiotomy in obstetrical care: A systematic review. *Evidence Report/Technology Assessment*, 112, 1-8.

Wainsten, J.P. (2009). *Le Larousse Médical*. Paris : Larousse.

Weeks, J. D. & Kozak, I. J. (2001). Trends in the use of episiotomy in the United States: 1980-1998. *Birth*, 28, 152-160.

Weleda. (2015). *Guide de Massage Maman* [Brochure]. Accès http://www.weleda.fr/binaries/content/assets/pdf/france/guide_maternite_weleda.pdf

Ybert, E. (2002). *Petit Larousse de la Médecine*. Paris: Larousse.

10. Annexes

- **Annexe 1 : Tableaux récapitulatifs des résultats**
- **Annexe 2 : Brochure Weleda – Illustrations du MP**

Annexe 1

Variables	M. K. Shipman & al., 1997	M. Labrecque & al., 1999	K. Davidson & al., 2000	M. Labrecque & al., 2000	M. Labrecque & al., 2001	E. Mei-dan & al., 2008	S.I.M.F. Ismail & S.J. Emery, 2013
Périnée intact		Taux de PI ↑ avec la compliance de la pratique du MP chez les primipares (P = 0.0003).				Le taux de PI chez les primipares est inférieur dans le groupe massage (P = 0.12).	
Déchirures I, II, III et IV	Le groupe MP montre une ↓ de 12,1% du taux de déchirures II et III chez les primipares après ajustement des variables âge maternel et PN (P= 0.024).	Le MP n'a pas d'effet statistiquement significatif sur les risques des déchirures III et IV.	Le groupe MP montre une ↓ du taux de lésions périnéales sévères chez les primipares (P=0.003) et chez les multipares avec ATCD d'épisiotomie (P=0.05).			Primipares avec MP: - ↓ du taux de déchirures I (P = 0.39) et latérales (P = 0.44) - ↑ du taux de déchirures II (P = 0.39) et antérieures (P = 0.05).	
Épisiotomies		Diminution non significative des épisiotomies dans le groupe MP chez les primipares (P = 0.71).				Le taux d'épisiotomies est légèrement ↑ dans le groupe MP (P = 0.83).	

Variables	M. K. Shipman & al., 1997	M. Labrecque & al., 1999	K. Davidson & al., 2000	M. Labrecque & al., 2000	M. Labrecque & al., 2001	E. Mei-dan & al., 2008	S.I.M.F. Ismail & S.J. Emery, 2013
Instrumentations	Le groupe MP montre une ↓ de 12,9% des instrumentations chez les primipares après ajustements des variables de l'âge maternel et du PN (P= 0.034).					Taux d'AVB instrumentés et CS ↑ chez les primipares dans le groupe MP (P < 0.05).	
Parité		Taux de PI est supérieur chez les primipares qui ont pratiqué le MP comparé au groupe cō. (P = 0.001). Pas de différence statistiquement significative chez les multipares.	Les primipares ont statistiquement plus de lésions sérieuses que les multipares (P = 0.0001).				

Variables	M. K. Shipman & al., 1997	M. Labrecque & al., 1999	K. Davidson & al., 2000	M. Labrecque & al., 2000	M. Labrecque & al., 2001	E. Mei-dan & al., 2008	S.I.M.F. Ismail & S.J. Emery, 2013
Age maternel	<p>Le groupe MP montre une \downarrow du taux de lésions ($P=0.019$) et d'instrumentations ($P=0.036$) chez les primipares ayant \geq 30ans.</p> <p>Le PN montre une relation statistiquement significative avec l'âge maternel ($P=0.044$). Chaque année, les lésions périnéales augmentent en moyenne de 7.3% et les instrumentations de 6.6% ($P=0.0002$ et $P=0.0002$).</p>						
Acceptabilité		80% des primipares et 77% des multipares sont satisfaites et réitéreront la pratique du MP.			<p>- La pratique du MP a été démontrée comme modérément acceptable (moyenne de 4,9/6). 79% le réitéreraient et 87% le conseilleraient.</p> <p>- Aussi associée avec la compliance ($P=0.0001$).</p> <p>- La douleur lors de la pratique diminue en 2-3 semaines.</p> <p>- Utilité jugée comme relativement positive (moyenne 4,26/6).</p>	90% des primipares le réitéreraient.	60% des primipares peu informées sur le MP le considèrent comme acceptable. Résultat pas significatif en comparaison au résultat de Labrecque 2001.

Variables	M. K. Shipman & al., 1997	M. Labrecque & al., 1999	K. Davidson & al., 2000	M. Labrecque & al., 2000	M. Labrecque & al., 2001	E. Mei-dan & al., 2008	S.I.M.F. Ismail & S.J. Emery, 2013
Douleur PP (Douleurs périnéales, dyspareunies).	La réduction des lésions périnéales réduit les douleurs et les inconvénients ressentis par les femmes en PP précoce.			<p>M. Labrecque & al., 2000</p> <p>- Primipares : pendant la grossesse, les femmes du groupe MP ont plus de dyspareunies. Aucune différence statistiquement significative entre groupe MP et groupe cō à 3 mois PP ($P > 0.05$). Multipares : ↓ statistiquement significative des douleurs périnéales à 3 mois PP ($P = 0.01$). Pas de différence statistiquement significative concernant les dyspareunies chez les multipares ($P > 0.05$)</p>			

Variables	M. K. Shipman & al., 1997	M. Labrecque & al., 1999	K. Davidson & al., 2000	M. Labrecque & al., 2000	M. Labrecque & al., 2001	E. Mei-dan & al., 2008	S.I.M.F. Ismail & S.J. Emery, 2013
Incontinences				Primipares et multipares: pas de différence statistiquement significative entre groupe MP et groupe cō. à 3 mois PP ($P > 0.05$)			
Relation au partenaire				<p>Au 3^e trimestre, les nullipares du groupe MP perçoivent une insatisfaction sexuelle de leur partenaire et les femmes ayant déjà eu un AVB du groupe MP sont sexuellement moins satisfaites ($P > 0.05$ et $P > 0.05$).</p> <p>Aucune différence statistiquement significative chez les multipares et primipares concernant la satisfaction sexuelle et la perception de celle de leur partenaire à 3 mois PP ($P > 0.05$). Pas de différence au niveau du temps de reprise des rapports sexuels chez les primipares et multipares ($P = 0.44$ et 0.93).</p>	Le vécu des femmes augmente de manière favorable avec la participation du partenaire ($P = 0.0001$).		56% des femmes étaient satisfaites de la participation de leur partenaire à la pratique du MP

En noir : résultats statistiquement significatifs.

En vert foncé : résultats significatifs plus généraux (pas directement en lien avec la pratique du MP).

En vert clair : résultats non statistiquement significatifs.

Annexe 2

Le massage du périnée

Le massage du périnée peut se pratiquer seule ou à 2 en fonction de votre désir, de votre sensibilité et de votre souplesse. Dans tous les cas, si vous souhaitez le partager avec votre compagnon, il est souhaitable de commencer d'abord toute seule.

Il est inutile de le masser avant le début du 8^{ème} mois. Sachez qu'en aucun cas vous ne pouvez mal faire.

Pour ce massage, il est souhaitable au préalable de vider la vessie et le rectum, de laver le périnée externe et les mains. Il se pratique durant 2 à 3 minutes tous les jours, du congé de maternité jusqu'aux premières contractions du travail. Par ailleurs, les exercices de contraction/relâchement du périnée se pratiquent dans cette même période : de 20 à 40 exercices par jour.

Choisissez un lieu calme, familial et intime. Pour être à l'aise, créez une ambiance rassurante et relaxante (musique, lumière douce, chaleur). Préparez une serviette et un coussin (à placer sous votre bassin) et l'**Huile de Massage du périnée**.

Choisissez votre position : demi-assise si c'est votre compagnon qui vous masse, debout les genoux pliés et écartés en vous accoudant sur une table ou debout un pied sur la baignoire penchée sur votre cuisse ou encore accroupie dans une position qui facilite la pose d'un tampon par exemple.

Pour la position demi-assise (c'est le compagnon qui vous masse)

Installez-vous sur un lit en position de grenouille demi-assise. La tête et le dos se reposent sur un dossier incliné (ou un montage de coussins) ; le bassin est basculé « sexe regarde le ciel » pour effacer la cambrure du dos ; il est parfois utile de placer un coussin sous les fesses pour favoriser cette bascule du bassin. Les genoux sont repliés et légèrement écartés, reposant sur des coussins. Ajustez cette position et respirez profondément.

Pour les autres positions qui vous permettent l'automassage, dans tous les cas, au préalable, testez toutes ces variations pour choisir celle qui est la plus confortable, la plus sécurisante : celle où votre périnée est facile d'accès.

Faites un profond soupir, détendez-vous.

Étaler l'**Huile de Massage du périnée** avec la surface des doigts sur la peau du périnée entre l'anus et le vagin puis remonter en mouvements circulaires le long des lèvres et à l'entrée du vagin. La texture de votre vulve et celle de votre vagin ont probablement changé.

Ces transformations anatomiques se rétabliront quelques semaines après l'accouchement.

EFFLEURAGE

Massage externe et interne



Placez votre pouce à l'intérieur du vagin jusqu'à la première jointure, l'index et le majeur sur la peau juste au dessus de l'anus. Exercez des petits mouvements circulaires sur la peau de 3 heures à 9 heures **8**.

Puis pendant une minute, faites des mouvements de balancier de « 3h à 9h », à l'intérieur et à l'extérieur en appuyant un peu plus **8**. Prenez le temps de respirer calmement et d'apprivoiser en douceur ces nouvelles impressions...

Avancez maintenant votre pouce de toute sa longueur dans le vagin. Vous pouvez procéder aux pressions/étirements.

PRESSIONS EN RAYONS DE SOLEIL

Massage interne

Ces massages font émerger des impressions particulières s'apparentant à une envie d'aller à la selle, à une légère brûlure, à une douleur ou à une ouverture. Ces sensations sont normales et disparaissent au bout de deux semaines de massage. Dès que vous vous sentez prête et parfaitement détendue, faites un soupir...



Dès que la pression devient désagréable, ne progressez plus et maintenez l'appui. Prenez votre temps, respectez-vous. Prenez conscience de cette résistance naturelle (qui limiterait la descente du bébé lors de sa naissance) et respirez calmement et profondément en relâchant l'anus pour inhiber ce réflexe. Alors la pression du doigt peut aller doucement plus loin, jusqu'au prochain réflexe. Considérez les différences de sensation entre celle où le périnée est contracté et celle où vous le relâchez grâce à votre volonté.

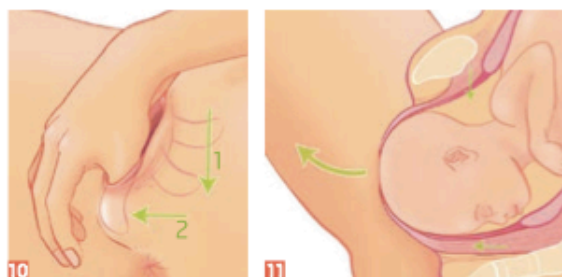
Ainsi, progressivement vous apprivoisez votre périnée et vous lui apportez de pouvoir s'étirer au-delà de ses limites habituelles.

En expirant, exercez une pression douce mais ferme sur le rebord du vagin en direction du coccyx (à « 6 heures ») **8**. Observez les sensations. Probablement que votre anus s'est contracté dans un réflexe dit défensif. En effet, le périnée réagit à la pression comme si c'était une selle qui descendait subitement afin de la contenir.

Plus vous pratiquerez, plus vous sentirez vos capacités de relâchement et d'assouplissement s'améliorer. Selon vos perceptions, vous pourrez évoluer au fil des jours vers les pressions en rayons de soleil. (Faites de même vers 3h, 4h30, 7h30 et 9h) **8 9**.

Après plusieurs entraînements aux pressions, vous pouvez progresser vers les étirements, car bébé au moment de sa naissance, avancera en repoussant les tissus du périnée **11**.

À ce moment-là, se produiront à la fois une forte pression et un important étirement de l'anus, accompagné le plus souvent d'une irrépressible envie de pousser et/ou d'une sensation d'écartement plus ou moins douloureuse. Il sera alors nécessaire de relâcher l'anus volontairement tout en poussant l'enfant à naître.



En pratiquant quotidiennement les massages étirements 10, vous vous familiarisez avec ces sensations, qui de « douleurs » deviendront « repères » :

« Ça y est, je sens que le bébé va naître : je peux pousser et je relâche l'anus ».

PRESSIONS-ETIREMENTS

10 C'est la technique de pression (1) que vous prolongez en étirant (2) les tissus par glissement du pouce vers l'extérieur (pression (1) + étirement (2) simultané).

- expirez et exercez une pression douce mais ferme sur le rebord du vagin en direction du coccyx (à 6h)
- inspirez et **maintenez l'appui**
- expirez à nouveau et avancez votre pouce vers l'extérieur pour déplier le périnée un peu comme un accordéon qui s'ouvre (2).

Avancez jusqu'à ce que le pouce s'extériorise.

Beaucoup de femmes expriment une sensation de brûlure qui disparaît au bout d'une quinzaine de jours de massage quotidien.

Lorsque vous arrivez au niveau de la peau qui s'étire, la sensation est plus aigüe ; **relâchez bien votre anus** et terminez le mouvement. Faites ceci dans toutes les directions 3h, 4h30, 7h30 et 9h.

Petit à petit, des liens entre votre cerveau et votre périnée se tissent pour vous dévoiler une conscience de votre musculature intime et acquérir la maîtrise de celle-ci. D'un réflexe défensif, vous cheminez vers une réponse d'ouverture.

Tiré de : Weleda, 2015